



**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**



**VI CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DA SAÚDE**

**2013 / 2015**

**TRABALHO DE PROJETO**

**“ANÁLISE DO ACESSO AOS CUIDADOS DE  
REABILITAÇÃO EM ANGOLA”**

**Autor: Paula Pereira**

**Orientador: Professor Doutor Rui Santana**

**Co-orientadora: Dra. Patrícia Marques**

Lisboa, 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Dirigidos aos meus orientadores à equipa e utentes do Hospital do Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Luanda, com especial enfoque á colaboração da Diretora Geral, Coordenadora da Reabilitação e das Consultas Externas.

## RESUMO

Angola é um país em desenvolvimento e dado o baixo número de profissionais na reabilitação e a centralização dos cuidados desta área na capital do país, Luanda, é pertinente caracterizar o acesso dos utentes e perceber em que medida é que a oferta destes cuidados satisfaz as necessidades atuais da população.

Sendo assim, este estudo teve como objetivos, avaliar o acesso dos utentes do Centro de Referência Nacional público para Reabilitação em Angola, CMFR, e identificação de áreas prioritárias de ação para promoção de igualdade no acesso.

A análise metodológica consistiu na recolha e análise de dados dos utentes que acederam ao CMFR de Setembro de 2014 a Janeiro de 2015 e pesquisa documental abrangente, não-sistemática, sobre equidade e acesso a cuidados de saúde em Reabilitação a nível internacional e em Angola. Para o tratamento e recolha de dados foram consideradas variáveis sociodemográficas e caracterizadoras do acesso onde se fez a caracterização da população em estudo, análise das variáveis resultantes do acesso ao CMFR através de uma análise de regressão.

Conclui-se assim, que apesar de só uma minoria da população das províncias ter acedido ao hospital de referência nacional para a reabilitação onde as mulheres e crianças têm acesso preferencial, segundo a análise estatística realizada o acesso aos cuidados de reabilitação no presente estudo foi independente da província (distância geográfica), diagnóstico, género e idade (caraterísticas sociodemográficas da população), dependendo do seguimento dado aos utentes após o primeiro contacto com o hospital (número de consultas com reabilitação).

Palavras-chave: Angola; Reabilitação e Acesso; Fisioterapia; Incapacidade; Centro de Medicina Física e de Reabilitação.

## **ABSTRACT**

Angola is a developing country with low number of professionals in rehabilitation and centralization of health care in his capital, Luanda. So it's relevant to analyse the access of patientes and realize if this administration of care is enough to population needs.

This study aimed to evaluate the users access to the National Reference Center for public rehabilitation in Angola, CMFR, and identification of priority action areas in order to promote equal access.

The methodological analysis consists in collecting and analyzing data of users who accessed the CMFR since September 2014 to January 2015, comprehensive desk research, unsystematic, on equity and access to health care in rehabilitation at the international level and in Angola. For the data collection and processing were taken into account Economic and Demographic conditions of access to health care. Using a regression analysis was made a characterization of the population under study, and the variables influencing the access to CMFR

It is therefore concluded that although only a minority of the population of the provinces have accessed the national reference hospital for rehabilitation; women and children have preferential access; according to the statistical analysis the access to rehabilitative care was independent of province (geographical distance), diagnosis, gender and age (sociodemographic characteristics of the population); depending on the follow-up of the users after the first contact with the hospital (number of consultations with rehabilitation).

Keywords: Angola; Rehabilitation and access; Physiotherapy; Disability; Physical Medicine and Rehabilitation Center.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente vascular cerebral  
CMFR - Centro de Medicina Física e de Reabilitação  
DCNT – Doenças Crónicas não Transmissíveis  
DPS – Direções Provinciais de Saúde  
IBEP – Inquérito Integrado sobre o Bem-estar da População  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
LVM – Lesão Vertebro Medular  
MINSa - Ministério da Saúde em Angola  
ODM – Objetivos do Milénio  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PBO – Paralisia Plexo Braquial  
PCI – Paralisia Cerebral Infantil  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário  
PPP – Parceria Público Privada  
QUIBB – Indicadores Básicos de Bem-estar  
RMS – Repartições Municipais de Saúde  
SNS – Sistema Nacional de Saúde Pública  
SP – Sessões Prescritas  
SR – Sessões Realizadas  
TCE – Traumatismo craniano  
TTE – Tempo de Tratamento Esperado  
TTO – Tempo de Tratamento Observado  
UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*  
UNICEF – *United Nations Children's Fund*  
WCPT - *World Confederation of Physical Therapy*  
WHO – *World Health Organization*

## LISTA DE TABELAS

**Tabela Nº1** – Desigualdades Socias em Saúde

**Tabela Nº2-** Caraterização da População Angolana por província, ruralidade e índice de masculinidade

**Tabela Nº 3-** Distribuição da população com alguma deficiência por província e número de centros com reabilitação

**Tabela nº5-** Variáveis em estudo por cada dimensão caraterizadora do acesso

**Tabela nº6-** Distância da moradia ao centro de referência para Reabilitação

**Tabela Nº7:** Distribuição da População pelo género

**Tabela Nº8:** Distribuição da População pelos grupos etários

**Tabela Nº9:** Relação entre grupos etários e género

**Tabela Nº10:** Distribuição da população por província e género

**Tabela Nº11:** Distribuição da população por província e grupos etários

**Tabela Nº12:** Distância geográfica e temporal que a população do estudo tem de percorrer desde a residência ao hospital de referência

**Tabela Nº13:** Distribuição dos utentes por número de consultas

**Tabela Nº14:** Distribuição dos utentes por diagnóstico

**Tabela Nº15:** Número de consultas com reabilitação

**Tabela Nº16:** Distribuição dos utentes por seguimento

**Tabela Nº17:** Distribuição da população pelo método de participação

**Tabela Nº18:** Distribuição dos utentes por turno de tratamento

**Tabela Nº19:** Relação entre tempo de espera para tratamento sem prioridade e com prioridade

**Tabela Nº20:** Sessões realizadas e sessões prescritas

**Tabela Nº21:** Rácio de sessões realizadas e sessões prescritas

**Tabela Nº22:** Tempo de tratamento esperado e observado

**Tabela Nº23:** Rácio do Tempo de tratamento esperado e observado

**Tabela Nº24:** Rácio entre Sessões realizadas e prescritas

**Tabela Nº25:** Tabela de referência Cruzada Rácio TTO.TTE binário\* Rácio SR. SP binário

**Tabela Nº26:** Tabela de Classificação das variáveis – Passo 0

**Tabela Nº27:** Teste Wald

**Tabela Nº28:** Variáveis independentes

**Tabela Nº29:** Teste de Omnibus

**Tabela Nº30:** Teste de Omnibus

**Tabela Nº31:** Tabela de Classificação das variáveis

**Tabela Nº32:** Tabela de Classificação das variáveis

**Tabela Nº33:** Variação da probabilidade de sucesso e número de consultas

**Tabela Nº34:** Teste de Mann-Whitney. Relação entre número de consultas com Reabilitação e género

**Tabela Nº35:** Teste com variável género agrupada. Relação entre número de consultas com Reabilitação e género

**Tabela Nº36:** Relação entre número de consultas de Reabilitação e classes etárias

**Tabela Nº37:** Teste Qui-Quadrado Relação entre número de consultas com Reabilitação e classes etárias

**Tabela Nº38:** Distribuição da população por diagnóstico no primeiro consulta

**Tabela Nº39:** Distribuição da população por diagnóstico no segundo consulta

**Tabela Nº40:** Distribuição da população por diagnóstico no terceiro consulta

**Tabela Nº 41:** Relação entre tempo de espera e quando prioritário género e idade.

**Tabela Nº42:** Análise da variância do tempo de espera quando prioritário e não prioritário

**Tabela Nº43:** Análise relação entre do tempo de espera quando prioritário e não prioritário e classes etárias

**Tabela Nº44:** Tempo de espera quando prioritário, não prioritário e classes etárias - ANOVA

**Tabela Nº45:** Análise relação entre do tempo de espera quando prioritário por província

**Tabela Nº46:** Tempo de espera quando prioritário por província - ANOVA

**Tabela Nº47:** Análise da variação entre sessões prescritas, realizadas e rácio

**Tabela Nº48:** Análise da relação entre número de sessões e género

**Tabela Nº49:** Análise da relação do número de sessões e classes etárias

**Tabela Nº50:** Análise da relação entre o número de sessões e classes etárias - ANOVA

**Tabela Nº51:** Análise da relação entre o número de sessões e províncias

**Tabela Nº52:** Teste de homogeneidade entre o número de sessões e provinciais

**Tabela Nº53:** Análise da relação entre o número de sessões e provinciais - ANOVA

**Tabela Nº 54:** Relação entre tempo de espera para tratamento e género

**Tabela Nº55:** Relação entre tempo de espera para tratamento e género

**Tabela Nº56:** Relação entre tempo de espera para tratamento e classes etárias

**Tabela Nº57:** Relação entre tempo de espera para tratamento e classes etárias - ANOVA

**Tabela Nº58:** Relação entre tempo de espera para tratamento e diagnóstico principal

**Tabela Nº59:** Relação entre tempo de espera para tratamento e diagnóstico principal – ANOVA

**Tabela Nº60:** Teste e Qui-Quadrado

**Tabela Nº61:** Casos incluídos na análise

**Tabela Nº62:** Variáveis incluídas no modelo

## LISTA DE FIGURAS

**Figura1:** Fases de seleção de utentes para análise.



## INDICE

AGRADECIMENTOS .....	ii
RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	iv
LISTA DE ABREVIATURAS .....	v
LISTA DE TABELAS .....	vi
LISTA DE FIGURAS .....	viii
INDICE .....	ix
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1 CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	2
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	6
2.1 EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	6
2.3 ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E A REABILITAÇÃO .....	11
2.4 NECESSIDADES DE REABILITAÇÃO EM ANGOLA .....	14
2.4.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA .....	14
2.4.2 CARATERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	17
2.4.3 CARATERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE REABILITAÇÃO .....	18
3. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	25
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	26
4.2 RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.3 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS .....	29
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
6. DISCUSSÃO .....	53
7. CONCLUSÃO.....	63
8. BIBLIOGRAFIA .....	64
9. ANEXOS.....	71
ANEXO I – NÚMERO DE CONSULTAS COM REABILITAÇÃO, GÉNERO E CLASSES ETÁRIAS ...	71
ANEXO II – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR DIAGNÓSTICO .....	72
ANEXO III – TEMPO DE ESPERA, GÉNERO, CLASSES ETÁRIAS E PROVÍNCIA .....	75
ANEXO IV – SESSÕES DE TRATAMENTO, GÉNERO, CLASSES ETÁRIAS E PROVÍNCIAS .....	78
ANEXO V – TEMPO DE TRATAMENTO, GÉNERO, CLASSES ETÁRIAS, PROVÍNCIAS E DIAGNÓSTICOS .....	83
ANEXO VI – ANÁLISE DE CORRELAÇÃO .....	87

## **1. INTRODUÇÃO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008 as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), são a principal causa de morte a nível mundial, (17.3 milhões de mortes por doença cardiovascular em 2008, sendo que 80% destas mortes são registadas em países de baixo/médio rendimento) e são também as responsáveis pela perda da qualidade de vida devido ao grau de incapacidade e limitação funcional com forte impacto económico para as famílias e a sociedade no geral.

Angola após um longo período de guerra, onde se deu a destruição de infraestruturas, forte êxodo rural e movimentos migratórios para fora do país encontra-se numa fase de estabilidade política que tem permitido recuperar e organizar os recursos em saúde. Apesar de este país ainda apresentar indicadores de saúde preocupantes, existe cada vez mais a noção da necessidade de gerir os recursos disponíveis de forma ajustada, procurando manter ou elevar a qualidade dos serviços prestados. Numa economia emergente como a de Angola, assiste-se também ao rápido crescimento das DCNT, aumentando a necessidade da definição de estratégias e amplas intervenções no domínio da promoção da saúde e a uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Perante o supracitado torna-se pertinente analisar o acesso aos cuidados de reabilitação em Angola no setor público assim como o perfil da procura dos utentes do hospital de referência nacional na área, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação (CMFR), de forma a identificar áreas prioritárias de ação que se reflitam em ganhos de saúde assim como intervenções ou estratégias que possam ser efetivas na promoção do acesso.

Posto isto, o presente estudo tem como tema: Análise do acesso aos cuidados de Reabilitação em Angola e encontra-se dividido em quatro partes distintas. Na primeira parte justifica-se a pertinência do estudo através da caracterização do acesso aos cuidados de reabilitação em Angola, salientando os objetivos do governo e diretrizes internacionais. A segunda parte consiste numa revisão de conceitos de equidade e acesso, reabilitação, ponto de situação internacional sobretudo em realidades próximas da angolana, caracterização geral da população e necessidades do sistema sanitário de Angola, sistema de referência para a reabilitação, oferta de cuidados, procura e acesso aos cuidados de reabilitação.

Na terceira parte são apresentados os objetivos do trabalho e metodologia utilizada e caracterização da população em estudo no período de tempo selecionado para análise seguindo-se a análise dos dados e resultados encontrados. Na quarta parte realiza-se a discussão e as conclusões gerais do trabalho.

## 1.1 CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A saúde é um direito humano fundamental. Uma das primeiras responsabilidades de um governo é estabelecer intervenções eficazes e sustentáveis para diminuir a desigualdade na prestação de cuidados de saúde e proteger os grupos mais vulneráveis, como mulheres, crianças, idosos e os doentes crónicos (Zare et al, 2014).

A promoção e a generalização dos cuidados de saúde, a evolução tecnológica e os constantes avanços da medicina têm vindo a contribuir para um aumento da esperança média de vida em todos os países do mundo. Estes fatores levam a que as pessoas vivam mais atingindo mais anos de vida, existindo cada vez mais idosos com incapacidade e registando-se um aumento global das DCNT (diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e distúrbios mentais), muitas vezes incapacitantes. Por outro lado, os avanços da medicina têm permitido que, que em caso de acidentes ou doenças graves, exista maior probabilidade de se sobreviver mesmo com incapacidade severa ou não, e possibilitaram também a diminuição significativa da mortalidade infantil e a sobrevivência de crianças mesmo com graves sequelas neurológicas ou lesões incapacitantes para o resto da vida. Posto isto, com o aumento da incidência da incapacidade os governos e organizações têm desenvolvido cada vez mais esforços para atenuar este impacto, tendo-se implementado em Maio de 2008 na Convenção das Nações Unidas os Direitos das Pessoas com Incapacidade (Krahn, G. L. 2011; WCPT, 2015; WHO,2012).

Incapacidade vem do termo em inglês, *disability*, é um termo abrangente para incapacidades, limitações para realizar ou restrições para participar em certas atividades, que englobam os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com um problema de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais) (Krahn, G. L. 2011).

Evidências sugerem que a incapacidade, geralmente devido a doença crónica, é um problema importante de saúde pública com maior ênfase na população com mais de 45 anos. As principais causas de incapacidade são transtornos neuropsiquiátricos, visão e incapacidade auditiva, osteoporose, artrite, diabetes e lesões cerebrovasculares (Krahn, G. L. 2011). O Artigo número um da convenção dos direitos das pessoas com incapacidade define pessoa com incapacidade aquela que tenha uma doença crónica físicas, mental, intelectual, sensoriomotora que pode limitar a sua participação total na sociedade quando comparada com a restante população (Krahn, G. L. 2011; WHO, 2012).

Apesar de existirem poucos estudos sobre o impacto real da incapacidade na vida das pessoas, sabe-se que no mundo inteiro, as pessoas com incapacidade apresentam piores

perspetivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, menor nível de participação económica e taxas de pobreza mais elevadas. Em parte, isto deve-se ao fato das pessoas com incapacidade enfrentarem barreiras no acesso a serviços que muitos de nós consideram garantidos, como saúde, educação, emprego, transporte, e informação (Krahn, G. L. 2011; Spicker, Paul et al 2006). Estas dificuldades aumentam nas comunidades mais pobres uma vez que, a incapacidade combinada com a ausência geral de medidas de proteção social pode levar as pessoas com incapacidade (e suas famílias) para situações de pobreza e de extrema pobreza (Spicker, Paul et al 2006).

A *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e *Human Rights Watch* confirmam que um terço dos 67 milhões de crianças que ainda não estão na escola são crianças com incapacidade (Spicker, Paul et al 2006).

Segundo a OMS, 15,3% da população mundial possuía incapacidade grave ou moderadas das quais 2,9% enfrentavam incapacidade grave (Krahn, G. L. 2011). No escalão etário, 0-14 anos, os resultados foram entre 5,1% e 0,7%, e com mais de 15 anos, os valores foram de 19,4% e 3,8%. Note-se que os Africanos são a população onde se registaram mais casos de incapacidade e em todos os países, grupos vulneráveis, como mulheres, pessoas no limiar de pobreza extrema, e idosos apresentaram incidências superiores de incapacidade (Krahn, G. L. 2011). Para todos esses grupos a taxa é superior nos países em desenvolvimento. A prevalência da incapacidade nos países com rendimentos mais baixos entre pessoas com idades de 60 anos ou mais, é de 43,4%, se comparada a 29,5% nos países com rendimentos mais elevados (Krahn, G. L. 2011).

Segundo a *World Confederation of Physical Therapy* (WCPT), 2015 a Reabilitação é um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social. Está associada a um conceito mais amplo da saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito (WCPT, 2015). Historicamente, a Reabilitação tem descrito uma série de respostas à incapacidade, desde as intervenções para melhorar a função corporal até medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão. Para algumas pessoas com incapacidade a reabilitação é essencial para torna-los capazes de participar na vida educacional e do mercado de trabalho (Krahn, G. L. 2011; PND, 2012-2025).

Uma extensa pesquisa em 2011 sobre médicos especializados em reabilitação na África Subsaariana identificou apenas 6 profissionais, todos na África do Sul, para mais de 780 milhões de pessoas; em contraste, há mais de 10.000 na Europa e mais de 7.000 nos Estados

Unidos. As discrepâncias também são grandes para outras profissões relacionadas com a reabilitação (Krahn, G. L. 2011).

Frequentemente, os serviços de reabilitação estão localizados muito longe do local onde a pessoa com incapacidade vive. Os principais centros de reabilitação, em geral ficam nas áreas urbanas, mesmo serviços terapêuticos básicos, não estão normalmente disponíveis nas áreas rurais. Viajar para obter serviços de reabilitação secundários ou terciários pode ser caro e demorado, além de que, com frequência, o transporte público não está adaptado a pessoas com dificuldades de locomoção. Alguns doentes com incapacidade têm necessidades complexas de reabilitação, requerendo tratamento intensivo ou especializado em instalações de assistência terciária. No entanto, a maioria das pessoas necessita de serviços de reabilitação simples, relativamente baratos, em ambientes de assistência médica primária e secundária (Krahn, G. L. 2011).

Apesar de existir um grande aumento da esperança média de vida, ainda se verificam grandes diferenças nos indicadores de saúde entre países. Por exemplo uma criança do género feminino nascida hoje num país desenvolvido pode esperar viver mais de 80 anos, e menos de 45 anos, se nascer em países em desenvolvimento (Marmot, M. 2005). Dentro dos próprios países, existem diferenças nos indicadores de saúde que estão intimamente ligadas às políticas do país e desigualdades socioeconómicas (Marmot, M. et al 2008).

Segundo Furtado, C., & Pereira, J. (2010) citando Dahlgren *et al.*, (2006) para a OMS, “todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo”. Assim, a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, num ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente sendo o acesso aos cuidados de saúde um aspeto fundamental de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos (Marmot, M. et al 2008, Furtado, C., & Pereira, J. 2010).

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é uma ideia complexa e multifacetada. Ao nível mais básico, o acesso depende apenas da oferta de cuidados, isto é da sua disponibilidade. Havendo oferta adequada a população tem oportunidade de utilizar os serviços e poder-se-á dizer que tem acesso aos cuidados de saúde. No entanto, o acesso efetivo aos cuidados de saúde dependerá também de eventuais barreiras à utilização apropriada de cuidados de saúde, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais (Marmot, M. et al 2008).

Estudos que analisam a equidade e acesso ao sistema de saúde em países produtores de petróleo, como por exemplo Angola e o Irão, demonstram que, apesar de serem países ricos em recursos enfrentam enormes desafios na promoção do crescimento económico e no desenvolvimento de políticas de redistribuição de riqueza e de redução da desigualdade entre os seus cidadãos. Análises a contas nacionais de saúde e estudos sectoriais têm demonstrado que os recursos alocados ao setor da saúde por vezes são inadequados apesar de serem países com muitos recursos e elevadas taxas de desenvolvimento (Zare et al, 2014).

Associada à dependência do petróleo para o seu desenvolvimento, Angola ainda se encontra em fase de reconstrução após ter sido devastada por 27 anos de guerra civil. Desde o fim da guerra, em 2002, o país tem tido um crescimento económico que tem permitido a reconstrução do país apesar de ter tido um abrandamento com a crise financeira mundial em 2008 e queda do preço do petróleo em 2009. (UNICEF, 2010). Apesar deste abrandamento, considera-se que nos últimos dez anos a economia angolana registou um bom crescimento económico quando comparado com outros países e o petróleo e seus derivados, continuam a predominar nas exportações (95%) e no produto interno bruto (PIB) (47%), seguidos da Agricultura e Pescas (9%). O PIB por habitante passou de US\$ 871,40, em 2003, para US\$ 4.266,80, em 2010. Apesar deste crescimento aproximadamente 37% dos angolanos vivem abaixo da linha da pobreza, (consomem menos de US\$ 4.266,80 por mês) observando-se profundas desigualdades no acesso aos cuidados de saúde sobretudo quando se compara o meio urbano<sup>1</sup> e rural<sup>2</sup>, que revelam uma diferença significativa, estando a população pobre concentrada maioritariamente no meio rural (INE 2014; IBEP 2010). Angola, apesar do crescimento económico é considerado um país em desenvolvimento.

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola 2012-2025 (PNDS), foram registados treze médicos especialistas de medicina física e de reabilitação todos em Luanda, 47 Técnicos Médios de Fisioterapia, distribuídos pelo CMFR. Não existe referência quanto ao número dos outros profissionais que fazem parte da reabilitação, como terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, áreas onde ainda não se formam quadros em Angola.

Apesar de, durante muitos anos a reabilitação física estar focalizada para a produção de próteses e ortóteses uma vez que o perfil de utentes que recorriam aos cuidados destas áreas

---

<sup>1</sup> **Área Urbana** – área constituída pelas cidades das capitais de província, sedes dos municípios e algumas vilas consideradas como cidades. Para além daquelas, foram também consideradas como áreas urbanas as aglomerações com 2000 ou mais habitantes que possuam infra - estruturas básicas (escolas, estradas, postos médicos, etc.) (QUIBB, 2011)

<sup>2</sup> **Área Rural** – parte de território nacional não incluída na classificação urbana. As aldeias são identificadas como área local (QUIBB, 2011)

era portador de incapacidade por causas traumáticas, atualmente este perfil tem vindo a ser alterado o que torna indispensável uma reestruturação da oferta de cuidados. Com este objetivo o Ministério da Saúde de Angola (MINSA) desenvolveu um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) com objetivos delineados até 2025.

O PNDS 2012-2025 prevê na área da Reabilitação o reforço da prestação de cuidados de saúde às pessoas com incapacidade motora, sensorial (auditivas e visuais) e às provocadas por doenças crónicas incapacitantes, acidentes de trânsito e de trabalho. Traça como um dos objetivos estratégicos, melhorar a prestação de cuidados de saúde com qualidade, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (PNDS 2012-2025).

Dado o baixo número de profissionais na reabilitação e a centralização dos cuidados desta área na capital do país, Luanda, torna-se pertinente caracterizar o acesso dos utentes, perceber em que medida é que a oferta destes cuidados satisfaz as necessidades atuais da população, se apresenta equidade no momento de acesso à oferta existente, assim como puder contribuir para a validação das estratégias do PNDS 2012-2025.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Segundo Wagstaff e Van Doorslaer em 2000, existem duas definições de equidade, a equidade vertical e horizontal. Equidade vertical é baseada em diferentes graus de necessidade não implicando acesso igual para todos os cidadãos, uma vez que alguns cidadãos têm maior necessidade de cuidados do que outros. Equidade horizontal assenta na ideia de que para um dado nível de necessidade, o acesso aos cuidados de saúde devem ser iguais para todos os cidadãos, independentemente do seu rendimento, género, local de residência, etc (Braveman, P., & Tarimo, E. 2002).

Em 2006, a OMS definiu equidade em saúde como um conceito que incorpora noções de acordos justos que permitam o acesso geográfico, económico e cultural igual aos serviços disponíveis para todos em igual necessidade de cuidados (Marmot M et al., 2008). Outras dimensões da equidade em saúde incluem a igualdade de possibilidades para o cuidado informal adequado e a mesma qualidade de atendimento profissional para todos, expressando-se na igual oportunidade de cada cidadão poder atingir o seu potencial de saúde completo sem ser sujeito a desvantagem de alcançar esse potencial por causa da sua posição social ou outros fatores socialmente determinados (Marmot M et al., 2008; Marmot M, 2007;

Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006). O resultado desses esforços deve ser uma redução gradual de todas as diferenças sistemáticas na área da saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos onde a visão final é a eliminação das desigualdades sociais em saúde ou iniquidades que passam por ser algumas das apresentadas na tabela que se segue (tabela número 1).

**Tabela Nº1 – Desigualdades Sociais em Saúde**

<b>Desigualdades Sociais em Saúde</b>		
<b>Fatores</b>	<b>Descrição</b>	<b>Autores</b>
Econômicos	- Indivíduos de classes sociais mais baixas têm uma probabilidade inferior de atingirem o seu máximo potencial de saúde	WHO, 2012; Marmot M, 2007
	- A saúde está associada à riqueza de cada país, sendo também geradora de desenvolvimento	Johnson S <i>et al.</i> , 2008
Geográficos	- As zonas rurais sobretudo as mais distantes geograficamente das urbanas apresentam desigualdades econômicas, sociais, ambientais e políticas. A probabilidade de terem grupos étnicos minoritários é superior e juntamente com as disparidades de educação, podem ser a causa de discriminação contra as pessoas que vivem em áreas rurais, sendo considerados desiguais aos seus pares urbanos. Falta de informação e comunicações limitam o acesso aos cuidados de saúde, sobretudo na presença de algum tipo de limitação funcional.	Spicker, Paul et al 2006
	- Distâncias geográficas superiores para aceder aos cuidados de saúde implicam maiores custos nas deslocações	WHO, 2012; Marmot M, 2007
Gênero	- Biologicamente, as mulheres dos países industrializados mais envelhecidos apresentam vantagem na sobrevivência em relação aos homens	Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006
	- Homens em classes sociais mais baixas são mais propensos a sofrer de neoplasias malignas, acidentes e doenças do sistema nervoso. Mulheres de classes sociais mais baixas sofrem mais de doenças do aparelho circulatório e endócrino ou distúrbios metabólicos.	WHO, 1995; Spicker, Paul et al 2006
Educação	- Piores níveis de escolaridade e de saúde verificam-se frequentemente nas pessoas que vivem em condições desfavorecidas que têm baixos níveis de escolaridade e menos acesso a serviços de educação de boa qualidade.	WHO, 2012; Marmot M, 2007; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006
Classe etária (crianças e idosos)	- Prevalência de problemas de saúde é diferente entre os grupos etários. As pessoas mais velhas tendem a ser mais doentes do que as pessoas mais jovens, devido ao processo de envelhecimento natural	Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006
Grupos vulneráveis (Gênero, raça ou grupo étnico, classe etária, pessoas com incapacidade)	- Grupos vulneráveis apresentam piores indicadores de saúde	Wilkinson, 1992; Wennemo, 1993; Hales et al, 1999; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Wagstaff & van Doorslaer, 2000; Braveman, P., & Tarimo, E. 2002; WHO, 2012; Spicker, Paul et al 2006
Incapacidade	- Condições crônicas de saúde criam maior necessidade de cuidados de saúde, sobretudo se forem associadas a algum grau de incapacidade, onde a pobreza e baixa educação diminui a acessibilidade aos serviços de saúde, independentemente da sua disponibilidade e maior necessidade de saúde.	Wandera, S. O et al 2015; Redondo-Sendino Á, et al 2006; Drainoni M-L, et al, 2006; Howe, L. D et al 2012; Wamala S, Merlo et al 2007; Horner-Johnson W, et al 2013; Lezzoni LI, et al 2011; Smith DL, 2008; Gutenbrunner, C, et al 2015



As iniquidades em saúde ou desigualdades em saúde são as diferenças sistemáticas no estado de saúde entre grupos socioeconômicos, medidos pelos rendimentos, escolaridade e situação laboral, e têm origem nos determinantes da saúde. Os determinantes da saúde são fatores que podem influenciar o estado de saúde positiva ou negativamente e que podem ser organizados em diferentes níveis circulares devido à sua inter-relação. No centro está a idade, género e fatores genéticos que influenciam a saúde e que são em grande parte fixos, à volta deles encontram-se as influências que são teoricamente modificáveis ou influenciados por decisões políticas, comerciais e decisões individuais (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Dahlgren et al., 2006; Braveman, P., & Tarimo, E., 2002; Marmot, M. 2005).

O acesso inadequado aos serviços essenciais de saúde é um dos vários determinantes das desigualdades sociais em saúde. O acesso aos cuidados de saúde é assim uma dimensão de equidade e apesar de existirem muitas definições de acesso aos cuidados de saúde, este define-se de forma geral como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado de acordo com as necessidades reais e/ou percebidas (Peters, D. H. et al 2008; Ziglio et al 2003; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006).

Ao nível do sistema de prestação de cuidados e com base na revisão de literatura identificam-se cinco dimensões que podem afetar o acesso: disponibilidade, proximidade ou acessibilidade geográfica, custos ou acessibilidade financeira, qualidade e aceitação (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007).

- 1) Disponibilidade – relaciona-se com a existência de uma oferta adequada de serviços que possibilite a oportunidade de utilizar os cuidados de saúde (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007);
- 2) Proximidade ou acessibilidade geográfica – reflete a acessibilidade física ou geográfica dos cuidados e está associada à dimensão anterior. Tem em conta a distância física ou tempo de viagem a partir do ponto de prestação de serviços para o utente e é uma parte importante do acesso a cuidados de saúde em países em desenvolvimento. Uma relação inversa entre a distância ou tempo de viagem para as unidades de saúde e a utilização de serviços de saúde tem sido demonstrada como uma barreira importante ao acesso (Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Furtado C, Pereira J, 2010). As vias de comunicação, como as estradas, muitas vezes são escassas nos países em desenvolvimento e são necessárias não só para os utentes irem aos serviços de

saúde, mas também para facilitar a distribuição de medicamentos e transferências em situações de emergência entre outros. A falta de serviços de comunicação adequados também limita o acesso aos cuidados de saúde. Este obstáculo torna-se mais evidente em áreas remotas onde a comunicação é cortada durante condições meteorológicas adversas. Quanto maior for a distância até aos prestadores de cuidados de saúde mais tempo e dinheiro é gasto em despesas os quais atuam como obstáculos para a obtenção de cuidados, especialmente para as classes mais desfavorecidas. Para a avaliação desta dimensão importa ter em conta o nível de funcionalidade e a distribuição por classes etárias dos utentes devido às implicações de deslocações em cada fase de vida (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010).

3) Custos ou acessibilidade financeira – refere-se aos custos no consumo de serviços de saúde que podem ser diretos e indiretos. Os encargos diretos de aquisição dos cuidados, como a parte não comparticipada de um medicamento, consulta ou tratamento, mas também os custos indiretos como os do transporte para aceder aos cuidados de saúde, despesas de alimentação e alojamento, custos de espera para o atendimento, tratamento, acompanhamento etc. É considerado um dos mais importantes determinantes de acesso por ser o mais relacionado com níveis socioeconómicos mais baixos. Os custos podem ser atenuados pela posse de seguros de saúde ou subsistemas públicos (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007).

4) Qualidade dos cuidados – esta característica dos cuidados está relacionada não só com a qualidade dos serviços prestados mas também com a organização dos mesmos, em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas, integração de cuidados, etc (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007)

5) Aceitação – refere-se às expectativas sociais e culturais dos utentes e das comunidades individuais, ou seja, esta dimensão avalia se a prestação de cuidados de saúde corresponde às necessidades e expectativas dos utentes. Os serviços devem estar adequados às características dos diferentes grupos populacionais os quais podem percecionar de modo diferente os benefícios que podem adquirir da obtenção de cuidados de saúde (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007).

Considera-se que a qualidade do atendimento está no centro do círculo de todas as dimensões do acesso aos serviços de saúde, pois é um componente importante de todas as

dimensões estando, em última análise relacionada com a capacidade técnica dos serviços de saúde em dar resposta às necessidades dos utentes (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010). Na análise do acesso deve-se ter em conta as dimensões de acesso descrevendo separadamente classes etárias, estados de funcionalidade (incapacidade), género (homens e mulheres), devido às diferenças económicas, sociais, culturais e biológicas encontradas sistematicamente nos estudos elaborados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Dahlgren G., 2004).

A combinação entre a acessibilidade geográfica e a disponibilidade num único índice fornece uma medida da cobertura geográfica (ou espacial), que é uma medida importante para a avaliação do grau de acessibilidade de uma rede de cuidados de saúde (Ray, N., & Ebener, S.2008). No entanto, a acessibilidade geográfica e a disponibilidade são certamente as menos definidas, e no contexto do desempenho dos sistemas de saúde, podem ser convertidas nas medidas de acessibilidade e disponibilidade de cobertura (Ray, N., & Ebener, S.2008).

Disponibilidade de cobertura reflete a existência em quantidade adequada dos recursos necessários para a prestação de cuidados. Isso pode incluir o número e distância a percorrer até às unidades de saúde, recursos humanos, horas de operação, tempo de espera ou a disponibilidade de diferentes tecnologias (medicamentos, equipamentos, etc.). Noutras palavras, a disponibilidade de cobertura relaciona a capacidade de um sistema de saúde com o tamanho da população alvo e as barreiras que o paciente terá de atravessar para chegar ao prestador de cuidados (Ray, N., & Ebener, S.2008).

No contexto da acessibilidade aos cuidados de saúde, a escolha da medida de custo determina o tipo de análise e os resultados obtidos. Geralmente são considerados dois tipos de medidas: distância e tempo. Há várias razões para usar o tempo de viagem em vez de distância quando se mede a acessibilidade uma vez que, as pessoas mais facilmente relacionam o tempo de viagem em vez da distância geográfica na tomada de decisão sobre a procura de cuidados, porque pode-se ter de ter em conta o meio de transporte e a qualidade das vias de comunicação (Ray, N., & Ebener, S.2008).

Dependendo do meio de transporte, o tempo de viagem para a unidade de saúde mais próxima pode ser significativamente influenciado pelo tipo de cobertura do solo e da presença de barreiras ao movimento, como rios ou zonas húmidas que o paciente terá que atravessar ou contornar. Além disso, os movimentos do paciente podem ser direccionalmente dependentes: o tempo necessário para chegar a uma unidade de saúde de uma família não é necessariamente igual ao tempo que leva para a viagem de regresso, assim como os custos

dos transportes. Isto é referido como 'anisotropia', e pode ser devido a condicionalismos topográficos que podem aumentar as velocidades de viagem dependendo do modo de transporte (Ray, N., & Ebener, S.2008; Furtado C, Pereira J, 2010).

O acesso económico aos cuidados de saúde varia com fatores relacionados com a procura (disponibilidade financeira dos utentes) e com a oferta (custo dos tratamentos) (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Dahlgren G., 2004). Em muitos países, ainda se verifica que existem desigualdades sociais não só na procura de cuidados mas também na oferta onde persistem diferenças substanciais no custo e qualidade dos cuidados prestados em diferentes regiões do mesmo país (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; World Bank, 2002).

Muitas vezes, devido aos elevados custos dos cuidados, a baixos níveis de literacia e à distância geográfica, as pessoas recorrem aos cuidados de saúde informais com pagamentos não regulamentados, realizados por membros da família e amigos. Este tipo de cuidados informais raramente são mencionados nas análises de sistemas de cuidados de saúde (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Dahlgren G., 2004; World Bank, 2002) e em Angola é uma realidade e prática frequente apesar do tipo de cuidados prestados ser muitas vezes desadequado às necessidades dos doentes (PNDS, 2012-2025).

Para medir o acesso aos cuidados de saúde e desigualdades pode-se utilizar inquéritos de saúde da População. Devem incluir-se medidas sobre o estado de saúde, *status* socioeconómico, analisando todas as fontes de rendimentos, riqueza e educação e medidas de utilização de cuidados de saúde, (por exemplo, número de consultas médicas e número de internamentos hospitalares). Pode também incluir-se medidas que permitam aferir a acessibilidade aos serviços de saúde, tais como o tempo de espera, distância percorrida, qualidade percebida do atendimento, satisfação com o atendimento, não utilização de cuidados de saúde (ou seja, necessidade não atendida). Para além destes pode ainda ser recolhida informação sobre as taxas de utilização e os custos de acesso aos cuidados que devem incluir os pagamentos oficiais e não-oficiais (informais), os custos de transporte e outros custos indiretos (Allin, S., et al 2007).

### **2.3 ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E A REABILITAÇÃO**

Todas as pessoas em alguma fase da vida podem viver algum tipo de limitação na sua funcionalidade devido a uma condição de saúde. A probabilidade de isso acontecer tem aumentado com o envelhecimento da população, com o incremento das doenças crónicas e de acidentes de viação, causas traumáticas ou violência (Gutenbrunner, C., et al 2015).

Segundo a WHO (2015), a reabilitação de pessoas com incapacidade é um processo que tem como objetivo alcançar e manter níveis físicos funcionais, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais ideais. A reabilitação oferece às pessoas portadoras de incapacidade as ferramentas que precisam para alcançar a independência e autodeterminação. Alguns autores fazem a distinção entre habilitação e reabilitação, onde habilitação visa ajudar os que possuem incapacidades congénitas ou adquiridas na primeira infância a desenvolver a sua máxima funcionalidade e reabilitação aqueles que tiveram perdas funcionais e são ajudados a readquiri-las (Krahn, G. L. 2011).

A reabilitação reduz o impacto de uma ampla gama de condições de saúde e normalmente, a reabilitação acontece durante um determinado período de tempo, podendo envolver intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma pessoa ou por uma equipa de profissionais de reabilitação (fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeuta ocupacionais, médicos especialistas, técnicos de ortoprotesia, psicólogos, enfermeiros) e pode ser necessária desde a fase aguda ou inicial do problema médico, até às fases pós-aguda e de manutenção. Sabe-se que quanto mais cedo for proporcionada melhores resultados se obtêm, reduzindo-se custos pela diminuição dos períodos de hospitalização e da incapacidade (Krahn, G. L. 2011).

A reabilitação contribui para que a pessoa atinja e mantenha a funcionalidade ideal na interação com seu ambiente, utilizando os resultados abrangentes na prevenção da perda funcional, melhoria ou recuperação da função, compensação da função perdida, manutenção da função atual. Os resultados da reabilitação objetivam ser a otimização da funcionalidade do indivíduo ao longo do tempo, atribuíveis a uma medida isolada ou a um conjunto de medidas (Krahn, G. L. 2011).

Valores globais sobre as necessidades de reabilitação, tecnologias assistidas e qualidade do suporte e assistência não existem. No entanto vários estudos revelam uma grande diferença entre a provisão e o acesso a estes serviços nos países em desenvolvimento. Dados sobre os países da África Austral, revelaram que apenas entre 26% e 55% das pessoas recebem a assistência em reabilitação que precisam. A mesma pesquisa revelou que menos de 10% das necessidades globais e menos de 3% das necessidades percebidas nos países em desenvolvimento são reportadas anualmente (Krahn, G. L. 2011).

Quando a incapacidade é associada a baixos níveis socioeconómicos e de educação o acesso aos cuidados ainda é mais difícil, originando-se um ciclo de agravamento de pobreza (Blackwell, D. L., et al 2012). Apesar dos estudos continuarem a evidenciar um gradiente social favorecendo os grupos socioeconómicos superiores, não se encontraram na literatura

resultados robustos quanto ao acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica de acordo com categorias socioeconômicas (Furtado, C., & Pereira, J., 2010).

Não existem dados mundiais sobre a necessidade de serviços de reabilitação, tipo e qualidade dos serviços oferecidos ou estimativas das necessidades não satisfeitas. Com frequência, os dados sobre reabilitação são incompletos e fragmentados. Quando há dados disponíveis, a comparação é prejudicada pelas diferenças nas definições, na classificação das medidas e dos prestadores de serviços, nas populações estudadas, nos métodos de avaliação, nos indicadores e nas fontes de dados. Sabe-se que as necessidades de reabilitação não satisfeitas podem atrasar a reabilitação, limitar atividades, restringir a participação, causar deterioração da saúde, aumentar a dependência pela assistência de terceira pessoa e piorar a qualidade de vida (Krahn, G. L. 2011). Estes resultados negativos podem ter grandes implicações sociais e financeiras para os pacientes, famílias, e comunidades (Krahn, G. L. 2011).

Como já foi referido os índices de incapacidade correlacionam-se com o aumento das doenças não transmissíveis e o envelhecimento global, projetando-se o aumento da procura de serviços de reabilitação. Segundo o relatório mundial de incapacidade (2011), diversos estudos demonstram que a incapacidade relacionada com o envelhecimento e com várias condições de saúde pode ser reduzida através da prestação de cuidados de reabilitação. A prestação de cuidados de reabilitação permite melhorar a funcionalidade e autonomia dos doentes, reduzir o número de internamentos hospitalares, melhorar a qualidade de vida dos doentes e acelerar o regresso à atividade profissional ou escolar dos doentes (WCPT, 2015; Krahn, G. L. 2011).

A informação global sobre a análise do acesso á reabilitação não é insuficiente. Em muitos países, o planeamento nacional e planeamento de recursos humanos para a saúde não fazem referência à reabilitação. Muitos têm falta de capacidade técnica para monitorizar com precisão os recursos disponíveis para a reabilitação, gerando dados desatualizados e pouco fiáveis. Os serviços de fisioterapia são os disponibilizados com mais frequência, geralmente em pequenos hospitais e em muitos países a terapia da fala e terapia ocupacional nem existe (Krahn, G. L. 2011; WCPT, 2015).

Na 67ª Assembleia Mundial da Saúde foi aprovado um plano de ação de 2014 a 2021 para atuar sobre a incapacidade global. O Plano de ação baseia-se nas recomendações do relatório da OMS e do relatório mundial sobre incapacidade em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade e tem três objetivos: remover barreiras e melhorar o acesso aos serviços e programas de saúde; reforçar e ampliar a

reabilitação, habilitação, tecnologia assistida, serviços de assistência e de apoio e reabilitação baseada na comunidade; reforçar a recolha de dados relevantes e internacionalmente comparáveis sobre incapacidade apoiando a investigação sobre a incapacidade e serviços relacionados (Gutenbrunner, C., et al 2015).

Para melhorar a qualidade de vida destas pessoas a OMS prevê, ajudar os países no desenvolvimento de políticas de redução da incapacidade, que incluam a participação da comunidade e de programas nacionais para desenvolvimento da reabilitação, que incidam sobretudo nas populações mais desfavorecidas (Gutenbrunner, C., et al 2015). O acesso a serviços diferenciados e tecnologias é um factor decisivo para a inserção das pessoas com incapacidade na vida ativa (Krahn, G. L. 2011).

Enquanto os dados globais sobre a necessidade de reabilitação o tipo e qualidade das medidas previstas e as estimativas de necessidades não satisfeitas não existirem, continuarão a existir grandes falhas na oferta e no acesso a esses serviços em muitos países em desenvolvimento, (Gutenbrunner, C., et al 2015) como acontece em Angola (PNDS, 2012-2025).

## **2.4 NECESSIDADES DE REABILITAÇÃO EM ANGOLA**

### **2.4.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Angola é constituída por 18 Províncias, 166 Municípios e 530 Comunas. A ligação entre províncias pode-se fazer por diferentes meios de transporte. O sistema ferroviário de Angola é constituído por cinco eixos que ligam o litoral ao interior e encontra-se em obras de remodelação desde 2005. Angola dispõe de uma rede de 18 aeroportos e 12 aeródromos. O Aeroporto 4 de Fevereiro, situado em Luanda, é o centro de linhas aéreas que ligam o país ao resto do mundo. O transporte terrestre pode ser feito através dos 51.429 km de estradas, das quais 5.349 km são asfaltadas (10%). Estão em reconstrução e em repavimentação troços fundamentais que ligam as diferentes províncias (PNDS, 2012-2025).

Em maio de 2014 foi realizado o primeiro recenseamento geral da população e habitação de Angola depois da Independência Nacional. O último Censo tinha sido realizado em 1970, anterior, portanto, ao período que sucedeu ao fim da guerra civil que assolou o país o qual apurou como população residente em Angola 5.646.166 habitantes. Os resultados preliminares do censo 2014, como se pode observar na tabela número 2, mostram que a população residente em Angola em 16 de Maio de 2014 (momento censitário) era de 24, 3 milhões de habitantes, sendo o número de mulheres mais elevado do que homens. Existem em média 93,8 homens para cada 100 mulheres. Esta tendência é comum em todas as

províncias, exceto para a província da Lunda Norte, onde existem mais homens que mulheres (INE, 2015).

Angola tem uma superfície de 1.246.700 quilómetros quadrados, com baixa densidade populacional 19 hab./Km2 se comparada à média do continente africano, superior a 21 hab./Km2 (INE, 2015).

**Tabela Nº2-** Caracterização da População Angolana por província, ruralidade e índice de masculinidade

Região	População	%	População Rural	%	População Urbana	%	Índice de Masculinidade	Densidade Demográfica
Angola	24383301	100%	9200403	38%	15182898	62%	93,8	19,6
<b>Províncias</b>								
Cabinda	688 285	3%	141252	21%	547033	79%	96	94,4
Zaire	567225	2%	148023	26%	419202	74%	98,8	15,2
Uíge	1426354	6%	874665	61%	551689	39%	96,1	22,8
Luanda	6542944	27%	165698	3%	6377246	97%	96	347,4
Cuanza Norte	427971	2%	144979	34%	282992	66%	95,4	20,9
Cuanza Sul	1793787	7%	1108745	62%	685042	38%	93,1	32,3
Malanje	968135	4%	435737	45%	532398	55%	95,1	11,2
Lunda Norte	799950	3%	294205	37%	505745	63%	105,7	8,1
Benguela	2036662	8%	757982	37%	1278680	63%	89,4	51,9
Huambo	1896147	8%	1010850	53%	885297	47%	90,3	56,9
Bié	1338923	5%	751201	56%	587722	44%	90,6	18,9
Moxico	727594	3%	329487	45%	398107	55%	94,7	3,6
Quando Cubango	510369	2%	221830	43%	288539	57%	94,5	2,5
Namibe	471613	2%	162445	34%	309168	66%	93,3	8,2
Huíla	2354398	10%	1573018	67%	781380	33%	90,3	22,8
Cunene	965288	4%	202171	21%	763117	79%	87,6	12,5
Lunda Sul	516077	2%	400565	78%	115512	22%	96,7	6,2
Bengo	351579	1%	149922	43%	201657	57%	98,4	17,3

**Fonte:** Resultados preliminares do Censo 2014, INE 2015

De acordo com a tabela número 2 a província de Luanda é a mais populosa, concentrando 27% da população do país (6,5 milhões) que se explica em parte devido à fuga das populações da província para a capital durante a guerra. Seguem-se, as províncias da Huíla 10%, Benguela e Huambo com 8%, Cuanza Sul 7%, Bié e Uíge com 6%. Estas 7 províncias concentram 72% do total da população residente no país. A província do Bengo registou o menor número de residentes com 1% da população do país e outras cinco províncias com uma população inferior a 3% da população nacional, nomeadamente, Cuanza Norte, Namibe, Zaire, Cuando Cubango e Lunda Sul. Estas seis províncias concentram apenas 11% da



população nacional. Luanda além de ser a província com o maior número de habitantes (27%), é igualmente a província com maior densidade populacional com 347 habitantes por quilómetro quadrado isto devido à da sua pequena dimensão territorial (18.834 Km<sup>2</sup>) (INE,2015).

Quanto à distribuição por Área Rural e Urbana, importa destacar que segundo a classificação do INE em 2011 e 2015, por área Urbana em Angola entende-se a área constituída pelas cidades das capitais de província, sedes dos municípios e algumas vilas consideradas como cidades. Para além destas foram também consideradas como áreas urbanas as aglomerações com 2000 ou mais habitantes que possuam infra - estruturas básicas (escolas, estradas, postos médicos, etc.). A área rural é a parte do território nacional não incluída na classificação urbana, sendo as aldeias identificadas como área local. De acordo com o censo verifica-se que as províncias com maiores áreas urbanas são Luanda tendo uma extensão de 97%, seguindo-se Cabinda e Cunene com 79% (QUIBB 2011;INE,2015).

Segundo dados do INE, observa-se um aumento gradual da população angolana não só devido ao crescimento natural da população (estimado em cerca de 3,1% por ano), mas também ao constante regresso de angolanos, outrora refugiados nos países vizinhos, bem como o aumento da esperança de vida. Maioritariamente, 55% da população encontra-se concentrada nas áreas urbanas e apenas 45% vive nas áreas rurais. A concentração das pessoas nas cidades, resulta em parte da migração (20%) em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas. A distribuição etária apresenta uma população essencialmente jovem, havendo cerca de 48% da população abaixo dos 15 anos de idade das quais 15% tem menos de cinco anos, 49% entre os 15 e os 64 anos e apenas 3% têm idade acima dos 64 anos (PNDS, 2012-2025).

O processo de mobilidade populacional em direção aos setores urbanos das grandes cidades, intensificado durante o período da guerra 1992-2002, permanece como um dos traços característicos marcantes da dinâmica demográfica angolana. Persiste o processo de crescimento urbano acelerado, apesar da inexistência de infraestruturas básicas que garantam qualidade de vida adequada à população. Os deslocados vivem, em geral, em condições precárias de habitação, saneamento básico e inserção no mercado de trabalho. A maioria desta população vive em condições inadequadas de sobrevivência, sem acesso aos serviços sociais e a unidades de saúde, apesar de se verificarem melhorias desde o fim da guerra (UNICEF, 2010).

Segundo a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) (2010), apesar de existirem progressos em algumas áreas, a maioria dos indicadores encontra-se ainda abaixo das metas definidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e nos compromissos da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Quanto à alfabetização e educação, as estatísticas revelam que mais de 76% de famílias no meio urbano e 55% no meio rural têm acesso à escola num raio de 2 km da sua residência. Cerca de 29 % das crianças têm de percorrer, diariamente, mais de 2km para frequentar a escola, 34% da população angolana ainda é analfabeta. No meio rural, essa proporção atinge mais de 70% da população, o dobro do que se regista no meio urbano (UNICEF; 2010).

#### **2.4.2 CARATERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Desde a independência até 1992, por razões históricas, Angola instaurou um Serviço Nacional de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade através da gratuidade dos cuidados de saúde. Com a aprovação da Lei de Bases do sistema nacional de saúde (SNS), Lei 21-B/92, em 1992, o Estado Angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permite a iniciativa privada em saúde e a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde.

Organicamente, o Ministério da Saúde rege-se por um sistema com três níveis hierarquizados de administração: os níveis Central, Provincial e Municipal. O nível Central integra os Gabinetes do Ministro e Secretário de Estado, Órgãos de Apoio e Órgãos Executivos Centrais, em articulação com os outros organismos intrasectoriais e intersectoriais (MINSa, 2015).

No contexto do SNS, a Rede de Cuidados de Saúde está organizada em três níveis de atenção: (1) Atenção primária de saúde, que se dedica à prestação dos Cuidados Primários de Saúde, e integra os postos de saúde, os centros de saúde, os centros materno-infantis, os centros de saúde de referência e os hospitais municipais; (2) Nível intermédio ou secundário, que inclui os hospitais provinciais e os hospitais gerais, e (3) Nível terciário, composto pelos hospitais centrais. O mapa sanitário nacional realizado de 2007 a 2011, cadastrou 2.356 unidades, das quais só 1.854 eram funcionais (PNDS, 2012-2025).

Em geral, a Rede de infraestruturas do nível primário tem estruturas antigas, em mau estado de conservação com poucos recursos materiais e humanos. Muitas unidades carecem ainda de condições básicas de funcionamento, tais como água, energia, saneamento e de material diverso. Das 1.854 unidades sanitárias funcionais, 22% são de construção não definitiva e 51% não dispõem de água potável (PNDS, 2012-2025). Existe também uma

distribuição assimétrica de recursos humanos, com uma concentração excessiva nos grandes centros urbanos. (PNDS, 2012-2025)

O nível Provincial integra as Direções Provinciais de Saúde (DPS) que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central do MINSA, em articulação com outros organismos intrasectoriais e intersectoriais. O nível Municipal integra as Repartições Municipais de Saúde (RMS) que são parte integrante da Administração Municipal, dependem metodologicamente do MINSA, através da direção provincial de saúde, em articulação com os outros organismos intrasectoriais e intersectoriais. A este nível, as RMS constituem a autoridade sanitária máxima (PNDS 2012-2015).

O PNDS 2012-2015 estabelece critérios para a expansão da rede sanitária até 2025, bem como normas para a padronização e manutenção dos diferentes tipos de unidades sanitárias, tendo como objetivo geral, criar uma Rede Sanitária adequada, funcional, com capacidade de resposta que responda às necessidades das populações de acordo com as necessidades, contribuindo para a redução da morbilidade e mortalidade com aumento da esperança de vida em Angola.

### **2.4.3 CARATERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE REABILITAÇÃO**

Para a análise deste projeto importa perceber a incidência e prevalência de incapacidade e de DCNT na população angolana, por província, de forma a perceber a necessidade de centros de reabilitação. No censo realizado em 2014 esse registo não foi realizado tendo-se de recorrer a outras fontes. O INE de Angola realizou durante o período de Agosto a Dezembro de 2011, o Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB) que consiste num inquérito por amostragem de cobertura nacional, abrangendo as 18 províncias do país, tanto nas áreas urbanas como rurais. Os resultados foram apurados com base numa amostra de 8.640 agregados familiares. A amostra de agregados familiares corresponde a um total de 44.311 pessoas entrevistadas e apresentados na sua maioria desagregados por área de residência, província, género, grupos etários e nível de escolaridade.

Na tabela número 3 e 4, pode-se observar o registo da população com alguma deficiência física ou mental por província, área de residência e faixa etária, assim como o número de centros com reabilitação por província. Neste relatório entende-se por deficiência, qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica e não é distinguida a causa (QUIBB, 2011).

Segundo os dados da tabela 3 a população entrevistada tem como residência maioritária a área urbana (61%), onde a população com maior registo de incapacidade é a de Luanda, sendo também a província que tem maior densidade populacional como foi observado através dos dados do censo realizado em 2014. As restantes províncias têm um registo similar de incapacidade (cerca de 5%). Segundo a tabela 4 esta verifica-se maioritariamente nas primeiras faixas etárias de vida (cerca de 60% até aos 24 anos) e algumas províncias como Cabinda, Zaire, Cuanza Norte, Malange, Namibe, Lunda Norte, Cunene, Lunda Sul e Bengo não dispõem de centros de reabilitação (QUIBB, 2011; PNDS 2012-2025).

**Tabela Nº 3-** Distribuição da população com alguma deficiência por província e número de centros com reabilitação

Angola	Número de pessoas	Representação Percentual	Nº de Centros com Reabilitação
	44311	100%	10
<b>Área de residência</b>			
Urbana	26883	61%	---
Rural	17428	39%	---
<b>Províncias</b>			
Cabinda	2318	5%	0
Zaire	2298	5%	0
Uíge	2487	6%	1
Luanda	5173	12%	2
Cuanza Norte	2381	5%	0
Cuanza Sul	2338	5%	1
Malanje	2423	5%	0
Lunda Norte	2111	5%	0
Benguela	2399	5%	1
Huambo	2141	5%	1
Bié	1968	4%	1
Moxico	2261	5%	1
Cuando Cubango	2238	5%	1
Namibe	2372	5%	0
Huíla	2260	5%	1
Cunene	2664	6%	0
Lunda Sul	2213	5%	0
Bengo	2266	5%	0

**Fonte:** Relatório do QUIBB, 2011

**Tabela Nº 4-** Distribuição da população com alguma deficiência por faixa etária

Faixa Etária		
Menos de 2 anos	3300	7%
2 - 9 Anos	11801	27%
10 - 14 Anos	5616	13%
15 - 24 Anos	9067	20%
25 - 34 Anos	5406	12%
35 - 44 Anos	3907	9%
45 - 54 Anos	2777	6%
55- 64 Anos	1400	3%
65 ou mais anos	1037	2%

Fonte: Relatório do QUIBB, 2011

Devido ao passado de guerra, onde muitas das vítimas consideradas com deficiência ou incapacidade eram por causa traumática e de amputação, as estatísticas ainda utilizam a designação de centros ortopédicos. Assim, segundo os últimos dados recolhidos para a elaboração do PNDS em 2012 registaram-se 10 centros ortopédicos para a oferta de serviços de ortoprotesia e fisioterapia, sendo dois em Luanda e um em cada uma das Províncias do Huambo, Huíla, Benguela, Bié, Cuando Cubango, Moxico, Uíge e Kwanza-Sul, que funcionam como unidades de referência regionais. Estes centros produzem anualmente 2.468 próteses, 255 ortoses, 389 sapatos, 3.177 pés e 3.329 canadianas, quantidade considerada muito baixa, por alguns elementos, pois a sua capacidade de produção é de 6.120 próteses, 1.920 ortoses e de 5.000 pés. Esta baixa produção deve-se principalmente à rotura de *stock* de materiais, serviços inoperacionais e falta de recursos humanos na área. Desde 2008, o País conta com 23 bacharéis em ortoprotesia. Os serviços de fisioterapia são oferecidos nos hospitais centrais, onde existem apenas treze médicos especialistas de medicina física e reabilitação e todos a funcionar na província de Luanda, 47 Técnicos Médios de Fisioterapia, distribuídos pelo CMFR sendo este o Centro de referência em Angola, alvo deste estudo (PNDS, 2012-2025).

Para fazer face a esta escassez de profissionais de Reabilitação e dar resposta às pessoas com incapacidade, Angola dispõe atualmente de uma Política para a Pessoa com Incapacidade, aprovada pelo Decreto Presidencial nº 237/ 11, de 30 de Agosto, que é definida como o conjunto de objetivos, princípios e diretrizes orientadoras das ações a empreender pelos diferentes organismos públicos, entidades privadas, comunidades, famílias, organizações representativas de pessoas com incapacidade e sociedade em geral, visando a promoção e integração social da pessoa com incapacidade. Angola dispõe também da Estratégia de Proteção à Pessoa com Incapacidade, aprovada pelo Decreto Presidencial nº 238/11, igualmente de 30 de Agosto, onde são definidas as bases gerais e as linhas de orientação para a prestação de diferentes serviços destinados à pessoa com incapacidade,

considerando a situação de pobreza e vulnerabilidade em que se encontra uma parte considerável das pessoas com este problema no País.

Complementarmente, através do Decreto Presidencial nº 105/12, de 1 de Junho, foi criado o Conselho Nacional da Pessoa com Incapacidade, que é um órgão de consulta e concertação para a execução das tarefas estabelecidas pela Política Nacional.

O PNDS 2012-2025 consiste num documento que traça o plano para o desenvolvimento do SNS de Angola e prevê como estratégias operacionais:

- Estabelecer parcerias para a criação de um único banco de dados a nível nacional para o registo de pessoas civis e militares com incapacidade;
- Elaboração e divulgação de suportes de recolha de informação;
- Alteração da denominação e atribuições dos Centros Ortopédicos existentes para Centros de Reabilitação Integrada (reabilitação sensorial e motora);
- Reforço de recursos materiais e humanos dos centros ortopédicos regionais para aumentar a sua capacidade de produção e aquisição de próteses (motoras e sensoriais), orteses e manutenção de meios de locomoção, bem como melhorar a capacidade de prestação serviços de tratamento e atendimento integral a pessoas com incapacidade motora e sensorial;
- Criar Serviços de Cuidados Continuados e Paliativos no nível primário e secundário para a reabilitação;
- Elaboração e divulgação de protocolos de tratamento de reabilitação especializada integrada para as pessoas com sequelas de doenças crónicas e o atendimento às vítimas do trauma com estratificação das intervenções para os diferentes níveis do SNS;
- Formação e capacitação de profissionais de saúde, nomeadamente: Especialistas em Medicina de Reabilitação, Fisioterapeutas, Ortoprotesistas, Técnicos de Avaliação Auditiva, Optometristas, Ortópticos, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Assistentes Sociais;
- Elaboração e divulgação de protocolos para o diagnóstico precoce das incapacidades sensoriais e motoras em todas as Províncias;
- Capacitação dos professores do ensino geral para o rastreio de crianças com incapacidade sensorial e motora;
- Capacitação dos profissionais de saúde para o rastreio de incapacidade sensorial e motora nas maternidades;

- Desenvolvimento de programas de educação para a saúde visando a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação sensorial e motora;
- Reabilitação e otimização do centro de referência nacional para a reabilitação (CMFR)

Segundo a Política Nacional de Saúde, o nível terciário deve oferecer serviços mais diferenciados aos doentes de todas as províncias, sendo a sua organização e função de âmbito e referência nacional, constituída por Hospitais Centrais. No País, os serviços terciários são oferecidos pelas seguintes unidades: Hospital Josina Machel, Américo Boavida, Prenda, Maternidade Lucrécia Paim, Psiquiátrico de Luanda, Sanatório de Luanda, Centro Nacional de Oncologia, Instituto Oftalmológico Nacional de Angola, Centro Ortopédico de Viana, Centro de Medicina Física e Reabilitação de Luanda, Centro Nacional de Sangue (PNDS, 2012-2025).

O desenvolvimento dos cuidados terciários, pela abrangência nacional de que se revestem, deverá basear-se na complementaridade entre estas instituições e outras iniciativas privadas. Tal como preconizado na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo, Angola 2025, a rede terciária poderá estar aberta à iniciativa privada, passando a situar-se no quarto patamar de prioridade nacional, sempre em regime de Parcerias Público-Privada (PPP), dando-se prioridade às especialidades onde se registam maiores evacuações de doentes para o estrangeiro. Deste modo, é de se estimular o desenvolvimento no sector privado de instituições de assistência hospitalar terciária. Neste âmbito, o MINSA tem vindo a desenvolver parcerias, em situações específicas, tais como em cirurgia cardíaca infantil e Hemodiálise com algumas instituições públicas com gestão privada, nomeadamente com o Hospital Girassol e Multiperfil. No entanto, o sector privado de assistência terciária e secundária, não constitui para já uma complementaridade ao SNS, por deficiente regulamentação (PNDS, 2012-2025).

Angola registou nos últimos anos, um investimento significativo nos cuidados de saúde terciários aumentando-se a oferta de alguns serviços de alta complexidade. No entanto como estes serviços estão localizados apenas na Província de Luanda (onde também são ainda insuficientes), acarretam outros problemas de ordem logística e social, pela deslocação e instalação de pacientes em Luanda. De referir o caso concreto dos pacientes com Insuficiência Renal Crónica que necessitam de hemodiálise, dos pacientes oncológicos e de outras patologias, incluindo a reabilitação física especializada para determinadas patologias, nomeadamente as sequelas de trauma e de acidentes vasculares cerebrais. Estes serviços permitiram a resolução no país de casos que anteriormente requeriam a evacuação para o exterior. Contudo, ainda se verifica a necessidade de se recorrer à evacuação, sobretudo para

os casos em que os serviços do nível terciário não conseguem dar resposta técnica pela limitada capacidade dos serviços face à enorme procura (PNDS, 2012-2025).

Ao nível dos serviços terciários registam-se ainda dificuldades na gestão hospitalar e no desenvolvimento da investigação, por falta, principalmente, de pessoal qualificado. Outras incapacidades prendem-se com a falta de meios técnicos e tecnológicos de alta complexidade, dispositivos médicos, medicamentos, manutenção de infraestruturas e de equipamentos, como o fornecimento regular de energia e água (PNDS, 2012-2025).

A referenciação e encaminhamento são identificadas como um importante instrumento de integralidade e continuidade da assistência, nos três níveis de oferta de serviços. Apesar dos instrumentos normativos existentes fazerem alusão à sua existência, ela não está suficientemente regulamentada e conseqüentemente, não são aplicadas de maneira institucional e regular, provocando uma procura desordenada dos serviços por parte da população, criando assim dificuldades na gestão dos serviços. (PNDS, 2012-2025).

Para dar resposta a estas necessidades prevê-se o aumento progressivo de serviços a nível Regional para responder às situações mais complexas de doença (Hemodiálise, Oncologia) e às necessidades de Reabilitação Física Especializada assim como elaboração, revisão e publicação de documentos legais de Referenciação (PNDS, 2012-2025).

O panorama dos recursos humanos da saúde, em Angola, controlados pelo Ministério da Saúde, apresenta avanços significativos no número total de efetivos globais nos últimos cinco anos nas carreiras médica, de enfermagem, de técnicos de diagnóstico e de apoio hospitalar, Existem atualmente para cada 10 000 habitantes dois médicos (2/10.000), dezanove profissionais de enfermagem (19/10.000), quatro técnicos de diagnóstico e terapêutica (4/10.000), cinco trabalhadores de apoio hospitalar (5/10.000) e onze trabalhadores do regime geral (11/10.000) (PNDS 2012-2025).

Verifica-se uma distribuição geográfica assimétrica do pessoal do sector, sendo este um desafio importante do Programa de planeamento, gestão e desenvolvimento dos Recursos Humanos. De uma maneira geral, há fortes variações da densidade médica não só entre as províncias, como também entre os municípios, em detrimento das áreas rurais e áreas de difícil acesso. Luanda e as capitais provinciais têm cerca de 85% do total de médicos, pois os hospitais centrais e gerais absorvem a maioria dos médicos para especialidades e subespecialidades em detrimento dos hospitais municipais. Esta distribuição assimétrica tem como conseqüências principais, a iniquidade na qualidade prestada, a sobrecarga dos hospitais gerais, o atendimento tardio dos doentes (lista de espera para as intervenções



cirúrgicas e reabilitação), o que implica um aumento da morbidade e incapacidade (PNDS, 2012-2025).

### **3. OBJETIVOS DO ESTUDO**

Tendo em atenção a situação atual de Angola e que o acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde o presente trabalho tem como objetivo geral e específicos:

Objetivo Geral: Avaliar o acesso dos utentes do Centro de Referência Nacional público para Reabilitação em Angola, CMFR

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a população que recorreu aos serviços do CMFR;
2. Analisar a distribuição geográfica dos utentes do CMFR;
3. Identificar as principais variáveis que influenciam o acesso dos utentes ao CMFR;
4. Caracterizar o acesso ao serviço de reabilitação público em Angola;
5. Identificar áreas prioritárias de ação, intervenções ou estratégias que se tenham revelado efetivas na promoção do acesso.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

O objetivo geral deste estudo é o de avaliar o acesso dos utentes do Centro de Referência Nacional público para Reabilitação em Angola, CMFR. De acordo com a OMS as DCNT são a principal causa de morte a nível mundial, 17.3 milhões de mortes por doença cardiovascular em 2008, sendo que 80% destas mortes foi registada nos países em desenvolvimento com níveis de rendimento baixos e/ou médios. São também as responsáveis pela perda da qualidade de vida devido ao grau de incapacidade e limitação funcional implicando um forte impacto económico para as famílias e para a sociedade (WHO,2012). Em economias emergentes como a de Angola (crescimento do PIB a dois dígitos 12.8% em 2012 e 10.3% em 2013), assiste-se ao rápido crescimento das DCNT, existindo a necessidade de se definir estratégias e intervenções no domínio da saúde pública que permitam promover a saúde e reduzir fatores de risco, melhorar a deteção precoce das doenças, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e melhorar a acessibilidade aos tratamentos. (PNDS 2012-2025)

Assim, a seleção do local do estudo, CMFR, teve como critérios de seleção o volume de atividade, abrangência geográfica e o nível de diferenciação técnica. Este localiza-se na capital de Angola e segundo o Decreto de lei nº 210/14 de 19 de Agosto é um estabelecimento público de saúde da rede hospitalar de referência nacional, integrado no SNS para a prestação de cuidados de saúde de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação física e motora dos indivíduos que dela careçam. De acordo com o mesmo decreto, artigo 2º, o CMFR tem como um dos objetivos gerais ser uma referência em reabilitação física na Região da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral. Apesar de estar previsto no mesmo decreto a existência de Cirurgia/Ortopedia Reconstrutiva, bloco operatório e serviço de internamento estas valências ainda não estão em funcionamento devido à deterioração das instalações.

É um edifício que conta com seis pisos para internamento e um piso térreo onde são realizados atualmente as consultas de ambulatório e os tratamentos de reabilitação. Os pisos de internamento encontram-se fechados devido ao estado deteriorado das instalações e à ausência de verba para a sua reabilitação. Está dividido pelas seguintes áreas: Área Clínica, Ambulatório, Hidroterapia (inativa), Eletroterapia, Reabilitação Infantil, Ginásio de Fisioterapia, Área administrativa, Serviço de Ortoprotesia, Área de Apoio Hospitalar, Serviços Gerais, Lavandaria, Cozinha. Conta com consultas externas com especialidades médicas em reabilitação e tratamentos por técnicos de diagnóstico e terapêutica, onde atualmente não existem terapeutas da fala e existe apenas um terapeuta ocupacional (quadros que ainda não

se formam em Angola). Os tratamentos são garantidos por técnicos médicos de fisioterapia. Além da área de fisioterapia engloba o serviço de ortoprotesia, único ativo em Angola durante o presente estudo.

Sendo a unidade de referência pública em Angola na área de Reabilitação deve dar resposta aos 24.383.301 habitantes de Angola, recenseados em 2014, dos quais 6542944 estão em Luanda sendo estes os que têm mais facilidade em chegar ao centro pela proximidade geográfica. Segundo dados da Administração do CMFR, referentes a 2014, o hospital conta com 7 médicos fisiatras, 2 medicina geral, 2 ortopedistas, 2 neurologistas, 1 cirurgia geral, 1 medicina interna, 36 técnicos médios de fisioterapia, 2 licenciados em fisioterapia, 23 técnicos médios de ortoprotesia, 2 terapeutas da fala a tempo parcial, 0 terapeutas ocupacionais, 1 psicomotricista, 2 licenciados em enfermagem, 2 técnicos de enfermagem especializados, 48 técnicos de enfermagem, 9 enfermeiros auxiliares. Apesar de ser o centro de referência de Angola, não dispõe de internamento o que provoca alguns constrangimentos relativamente à reabilitação de pessoas com estados funcionais mais dependentes, com limitações nas deslocações e muitas vezes com níveis de pobreza extremos que impedem as deslocações constantes ao centro num país onde não existe transporte adaptado e o que existe é suportado pelos próprios doentes.

Para avaliar o acesso aos cuidados de Reabilitação em Angola, foram analisados todos os utentes que se dirigiram ao CMFR de Setembro de 2014 a Janeiro de 2015. Realizou-se uma pesquisa documental abrangente, embora não-sistemática, sobre equidade e acesso a cuidados de saúde em Reabilitação a nível internacional e sobre o sistema de saúde em Angola e seus indicadores sociodemográficos.

Utilizaram-se as seguintes fontes de dados para análise bibliográfica:

-Bases de dados eletrónicas (Medline e outras); Relatórios da Comissão Europeia, e OMS, UNICEF, INE de Angola, IBEP; página do MINSA e relatórios; *Health Planning for Developing Health Systems - Equity* e outras redes sobre equidade e determinantes sociais em saúde;

Para análise estatística:

- Relatório de Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-Estar, QUIBB-2011, INE Angola 2013

- Resultados Preliminares do Censo de 2014, INE Angola 2015;

- Bases de dados da consulta externa e coordenação da fisioterapia do CMFR de Setembro de 2014 a Janeiro de 2015, obtida após autorização para recolha dos dados.

O Tratamento dos dados foi realizado nos programas, Microsoft Excell 2007 e IBM SPSS Statistics V. 22.

## **4.2 RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS**

Para análise dos dados foram tidos como referência estudos que analisassem o acesso a tratamentos continuados para o mesmo diagnóstico, como é o caso do cancro e reabilitação cardíaca (Raine, R., et al 2010; Shanmugasagaram, S., et al, 2013).

As áreas afetas à recolha de dados do Hospital de referência em Reabilitação de Angola de Setembro de 2014 a Janeiro de 2015 foram o serviço de consultas externas e coordenação de fisioterapia.

A área de consultas externas ainda possui registos em papel e o da coordenação da fisioterapia em suporte informático. Como os utentes só chegam à fisioterapia através de consulta médica nas consultas externas foi necessário agregar os dados das duas áreas.

Procedeu-se assim à introdução dos dados das consultas externas em Excel. O cruzamento de dados com os da coordenação da fisioterapia foi feita de acordo com os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão:
  - Todos os registos dos utentes que se dirigiram às consultas externas do hospital e marcaram uma consulta de Fisiatria, Ortopedia, Neurologia adultos e crianças de Setembro de 2014 a Janeiro de 2015 da qual possa ter resultado ou não seguimento para a fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, serviço de prótese e ortóteses.
- Critérios de Exclusão<sup>3</sup>:
  - Registos ilegíveis
  - Todos os registos legíveis em que não foram registadas as variáveis mínimas para identificação dos utentes: Nome e número de processo, Idade, Patologia e seguimento resultante de consulta.

Após o tratamento dos dados mediante os critérios supracitados e tendo em atenção os objetivos do estudo procedeu-se à transformação dos dados por consulta e seguimento em dados por utente obtendo-se uma população final de 3178 utentes, de onde apenas 2658

---

<sup>3</sup> Foi necessário juntar os dados das consultas externas (registados manualmente) com os registos da coordenação da fisioterapia (em excel). O critério para cruzar informação das duas áreas foi nome e número de processo igual.

tinham registo da província de origem, 1764 tiveram como seguimento reabilitação e apenas 829 cumpriram essa indicação como se pode observar na figura1 da análise dos dados.

**Figura1:** Fases de seleção de utentes para análise .



**Fonte:** Base de dados em Excel

### 4.3 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Para o tratamento e recolha de dados foram consideradas variáveis sociodemográficas e caraterizadoras do acesso. As desigualdades sociais variam não só pelos recursos económicos, mas também pelo género, idade, nível socioeconómico, nacionalidade, incapacidade, sexualidade, raça ou grupo étnico, localização geográfica e nível de escolaridade (WHO, 2012; Marmot M, 2007; Johnson S et al., 2008; Spicker, Paul et al 2006; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; WHO, 1995; Wilkinson, 1992; Wennemo, 1993; Hales et al, 1999; Wagstaff & van Doorslaer, 2000; Braveman, P., & Tarimo, E. 2002; Wandera, S. O et al 2015; Redondo-Sendino Á, et al 2006; Drainoni M-L, et al, 2006; Howe, L. D et al 2012; Wamala S, Merlo et al 2007; Horner-Johnson W, et al 2013; Lezzoni LI, et al 2011; Smith DL, 2008; Gutenbrunner, C., Negrini, S., et al 2015).

Ao nível da caraterização do acesso, identificaram-se na literatura cinco dimensões que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde: disponibilidade, proximidade ou acessibilidade geográfica, custos ou acessibilidade financeira, qualidade e aceitação (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007).

As dimensões do acesso devem ser descritas analisando separadamente classes etárias, género (homens e mulheres), estados de funcionalidade (incapacidade), devido às diferenças económicas, sociais, culturais e biológicas encontradas sistematicamente nos estudos elaborados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Dahlgren G., 2004). Para tal na tabela número 5 são organizadas as variáveis em estudo por dimensão de acesso.

**Tabela nº5-** Variáveis em estudo por cada dimensão caracterizadora do acesso

<b>Dimensões</b>	<b>Variáveis em Estudo</b>
Acessibilidade geográfica	Distância desde a residência ao hospital Gênero Classes etárias Província Diagnóstico Número de Consultas
Disponibilidade	Tempo de espera para tratamento Tempo de espera para tratamento quando prioritário Gênero Classes etárias Província Diagnóstico Número de Consultas
Acessibilidade Financeira	Modo de Participação Distância desde a residência ao hospital Gênero Classes etárias Província Diagnóstico Número de Consultas
Qualidade e Aceitabilidade dos Cuidados (analisadas em conjunto porque se influenciam mutuamente)	Rácio entre Sessões Realizadas e Prescritas Rácio entre Tempo de Tratamento Observado e esperado Seguimento para tratamento realizado com sucesso Gênero Classes etárias Província Diagnóstico Número de Consultas

O gênero e idade entram na análise de cada uma das dimensões separadamente como recomendado nos estudos analisados. Devido à variabilidade da idade, foi necessário construir classes etárias, usando-se como referência a distribuição do QUIBB, 2011 para facilitar a análise e comparação dos resultados obtidos na população em estudo.

A província presente em cada dimensão da análise permite fazer o cruzamento das variáveis coletivas recolhidas através da pesquisa bibliográfica (Distância geográfica, Índice de Ruralidade, Densidade Demográfica, Índice de masculinidade e níveis de incapacidade) para apoiar a análise dos dados e resultados obtidos. Estas variáveis entram assim na análise estatística indiretamente.

No contexto da acessibilidade aos cuidados de saúde, a escolha de uma medida de custo adequada é uma decisão importante, e resultados muito diferentes podem ser obtidos dependendo da escolha. Geralmente são consideradas dois tipos de medidas: distância e tempo, onde as pessoas mais facilmente relacionam o tempo de viagem em vez da distância geográfica na tomada de decisão sobre a procura de cuidados, porque pode-se ter em conta o meio de transporte e a qualidade das vias de comunicação (Ray, N., & Ebener, S.2008).

Para o apuramento dessa distância é importante realizar um registo das moradas dos utentes. Tendo em conta que o registo da proveniência dos utentes ao CMFR é feito por província para o cálculo da distância média percorrida até ao local de tratamento (CMFR) utilizaram-se como variáveis caracterizadoras a média da distância de cada província utilizando as vias rodoviárias principais (ver tabela nº6):

- Distância temporal desde a residência ao hospital de referência para a reabilitação;
- Distância desde a residência ao hospital de referência para a reabilitação.

**Tabela nº6-** Distância da moradia ao centro de referência para Reabilitação

	Províncias	Distância (Km)	Distância Temporal (H)
1	Cabinda	1232	19,1
2	Zaire	473	7,44
3	Uíge	295	4,8
4	Luanda	8,9	0,16
5	Cuanza Norte	188	2,48
6	Cuanza Sul	393	5,38
7	Malanje	388	5,53
8	Lunda Norte	657	10
9	Benguela	531	7,3
10	Huambo	607	8,8
11	Bié	638	10
12	Moxico	927	10
13	Cuando Cubango	1036,36	14,36
14	Namibe	931	13,41
15	Huila	695	10
16	Cunene	886	13
17	Lunda Sul	935	14,39
18	Bengo	71,8	1,2

**Fonte:** Resultados preliminares do Censo 2014, INE 2015

A distância temporal do local de residência ao hospital é um bom indicador de equidade no acesso (Spicker, Paul et al 2006; WHO, 2012; Marmot M, 2007). No entanto, a acessibilidade geográfica e a disponibilidade são certamente as menos definidas, e no contexto do desempenho dos sistemas de saúde, podem ser convertidas nas medidas de acessibilidade e disponibilidade de cobertura. Disponibilidade de cobertura reflete a existência em quantidade adequada de recursos necessários para a prestação de cuidados de acordo com o tamanho da população alvo (Ray, N., & Ebener, S.2008).

As variáveis resultantes do acesso ao hospital (Número de Consultas, modo de participação, seguimento, número de sessões prescritas e realizadas, tempo de espera para tratamento, tempo de tratamento esperado e observado, diagnóstico e turno de



tratamento) são analisadas tendo em conta a sua possível influência em cada dimensão do acesso:

- Número de consultas – quantidade de vezes registadas que os utentes foram ao hospital em consulta, sendo considerada uma medida de utilização dos cuidados de saúde (Allin, S., et al 2007);
- Modo de Comparticipação – comparticipação financeira paga antes das consultas e tratamentos para moderar acesso. É classificado no hospital e presente estudo em “Isento” e “Pago” mediante os critérios do MINSA que são baseados na idade (menos de 10 anos e mais de 60 os utentes são isentos), índice de pobreza (utentes com atestado de pobreza são isentos), amputação (utentes amputados são isentos) e se são funcionários da função pública e forças armadas (isentos). Esta variável é assim, usada para analisar se os custos no momento em que se chega ao hospital influenciam o acesso dos utentes;
- Diagnóstico- diagnóstico principal registado pelo médico que gerou a necessidade de acesso ao hospital e início de reabilitação com o objetivo de perceber se influência o acesso;
- Seguimento – obtido após acesso ao CMFR e é classificado mediante os seguimentos mais frequentes registados em consulta:
  1. Reabilitação Prescrita Não Cumprida – consulta onde foi prescrita reabilitação e não foi realizada nenhuma sessão;
  2. Reabilitação Iniciada Com Exclusão – consulta com prescrição de reabilitação que foi iniciada mas não finalizado por incumprimento das normas de assiduidade do CMFR;
  3. Reabilitação Prescrita Cumprida – consulta com prescrição de reabilitação que foi cumprida no que diz respeito ao número de sessões;
  4. Alta de Consulta com Medicação – consulta sem prescrição de reabilitação, com indicação de medicação;
  5. Em Tratamento – consulta com prescrição de reabilitação e os utentes ainda se encontravam em plano de reabilitação no momento de recolha da análise;
  6. Alta – consulta com alta de tratamento,
  7. Consulta Prescrição de Ajuda Técnica – utentes que foram a consulta e tiveram só prescrição de ajuda técnica sem encaminhamento para reabilitação;
  8. Consulta com Encaminhamento – utentes que foram a consulta e forma encaminhados para outra especialidade antes de iniciar reabilitação;
  9. Gesso para Correção de deformidade – Utentes que foram a consulta e só tiveram indicação de tratamento através da colocação de gesso.

• Número de sessões – Número de sessões de tratamento recomendadas pelo médico em consulta. Classificadas em:

✓ Número de sessões prescritas – número de sessões de tratamento que o médico prescreveu em consulta. Considerada no presente estudo uma medida de utilização esperada dos cuidados de saúde (Allin, S., et al 2007);

✓ Número de sessões realizadas – número de sessões de tratamento realizadas pelos utentes em que existiu registo. Esta variável é utilizada para avaliar a medida de utilização observada dos cuidados de saúde (Allin, S., et al 2007) e aceitabilidade de cuidados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010). A aceitabilidade dos cuidados está relacionada com a capacidade técnica dos serviços de saúde em dar resposta às necessidades dos utentes após o primeiro acesso (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010). Sendo assim, no presente estudo considera-se que se depois do primeiro contacto os utentes tiveram encaminhamento para tratamento e o completaram, tiveram boa aceitação e cumpriram com o plano de tratamento prescrito.

• Tempo de espera para tratamento – tempo medido em dias que os utentes demoraram a iniciar o plano de tratamento desde a consulta em que foi prescrito. Utilizado neste estudo como indicador de acessibilidade aos serviços de saúde, qualidade e satisfação com o atendimento no momento da necessidade percebida pelos utentes (Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006). Permite avaliar a capacidade do CMFR em dar resposta às necessidades dos utentes após o primeiro contacto. No CMFR é realizada a distinção em dois tipos de tempo de espera:

✓ Tempo de espera quando prioritário – Baseado em critérios clínicos de gravidade e potencial de reabilitação definidos pela direção clínica do CMFR, onde se define que o tempo de espera não deve ser superior a 5 dias úteis em média.

✓ Tempo de espera para tratamento quando não prioritário – todos os casos que não são considerados prioritários.

• Turno de tratamento – parte do dia em que foi agendado o tratamento dos utentes. Por norma os utentes ou realizam os tratamentos no turno da manhã ou de tarde e alguns casos nos dois em consultas diferentes. Entra na análise da dimensão da acessibilidade para perceber se influência a assiduidade dos utentes aos tratamentos.

• Tempo de tratamento – tempo de tratamento registado em dias corridos desde o momento de início de tratamento e finalização. Classificado em:

✓ Tempo de tratamento esperado (TTE) – tempo de tratamento calculado com base no número de sessões prescritas e periodicidade semanal;

- ✓ Tempo de tratamento observado (TTO) – tempo de tratamento registado desde que o utente iniciou o tratamento até que o terminou permitindo avaliar a duração do tratamento.

Para analisar se os utentes conseguiram aceder aos tratamentos e se depois do primeiro contacto tiveram encaminhamento para tratamento com boa aceitação cumprindo com o plano de tratamento prescrito foram calculadas com base no TTO e TTE, número de sessões prescritas e realizadas duas novas variáveis para analisar a execução dos tratamentos prescritos no tempo e quantidade indicados:

- Rácio entre Tempo de Tratamento observado e esperado (TTO/TTE) - relaciona o tempo de tratamento realizado pelos utentes com o tempo esperado de tratamento. Se cada utente que acedeu ao CMFR e teve prescrição de reabilitação, tiver:
  - ✓  $TTO/TTE = 1$  indicador de sucesso porque realizou as sessões de tratamento no tempo esperado;
  - ✓  $TTO/TTE < 1$  indicador de fracasso onde o utente não realizou as sessões todas;
  - ✓  $TTO/TTE > 1$  indicador de fracasso porque despendeu mais tempo que o esperado a realizar os tratamentos, o que pode ser explicado por faltas aos tratamentos.
- Rácio entre sessões realizadas e prescritas (SR/SP) – relaciona o número de sessões realizadas com o número de sessões prescritas. À semelhança do rácio TTO/TTE se o rácio SR/SP tiver:
  - ✓  $SR/SP = 1$  indicador de sucesso porque os utentes realizaram todas as sessões prescritas pelo médico;
  - ✓  $SR/SP < 1$  indicador de fracasso onde o utente não realizou todas as sessões prescritas;
  - ✓  $SR/SP > 1$  indicador de fracasso onde o utente realizou mais sessões que as prescritas.

O rácio TTO/TTE e SR/SP são assim utilizados para analisar as dimensões de acesso, utilização dos cuidados de saúde (Allin, S., et al 2007) e aceitabilidade de cuidados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010) na medida em que permitem avaliar o comportamento dos utentes após o primeiro contacto com o CMFR.

Tendo em atenção o supracitado são consideradas para a análise estatística como variáveis dependentes, rácio TTO/TTE e SR/SP podendo ter resultados diferentes dependendo das outras variáveis em análise, classificadas como variáveis explicativas ou

independentes: número de Consultas, modo de participação, seguimento, tempo de espera para tratamento, diagnóstico e turno de tratamento.

#### **4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

A medição do acesso aos cuidados de saúde pode ser realizada através da análise da distribuição da utilização dos cuidados de saúde e de diferenças na utilização de cuidados de saúde tendo em conta os rendimentos, classe social, género e grupo etário. (Allin, S., et al 2007)

Wagstaff, van Doorslaer et al., (1991) defendem que diferentes níveis de desigualdade podem ser encontrados dependendo do conceito selecionado:

- Índice de desigualdade horizontal - compara o nível de necessidade, com a quantidade de cuidados médicos recebidos tendo em atenção o ranking de cada indivíduo por nível de rendimento (Allin, S., et al 2007). Para medir o grau em que a igualdade de acesso e de necessidade é alcançado, utilizam-se inquéritos nacionais de saúde de forma a recolher dados sobre as experiências com os cuidados de saúde, como por exemplo, estado de saúde, necessidades não atendidas, tempos de espera, uso de seguro de saúde, taxas, e qualidade percebida do atendimento (Allin, S., et al 2007).

- Odds Ratio – Medida de associação que compara a utilização de cuidados de saúde tendo em atenção a escolha das variáveis independentes e dependentes (In Lee, K., & Koval, J. J. 1997). É calculada através de uma regressão logística de utilização de cuidados de saúde (variável binária) sobre a variável escolhida permitindo também a padronização da necessidade (classe etária e género por exemplo). Permite assim, analisar as diferenças na probabilidade de determinado grupo aceder com sucesso aos cuidados de saúde em iguais circunstâncias de necessidade mas com diferentes variáveis que possam influenciar os resultados (distribuição geográfica por exemplo). Usado quando os dados de acesso são binários, dicotómicos ou categóricos.

- Taxas de acesso e/ou índices de uso por necessidade – consiste na comparação entre as taxas de acesso e de necessidade, que podem ser tanto uma medida absoluta entre a diferença de taxas entre uma população selecionada e uma população de referência ou uma medida relativa (rácio de taxas entre uma população selecionada e uma população de referência). Esta abordagem é útil quando uma medida absoluta da utilização é necessária para um grupo específico da população (Allin, S., et al 2007).

Tendo em atenção os métodos de análise encontrados, que o presente estudo refere-se a patologias que requerem tratamento continuado e a um tipo de cuidados que implica

múltiplas idas ao hospital para tratamento (reabilitação), foram selecionados estudos de referência metodológica que analisassem o acesso a cuidados de saúde que impliquem várias idas ao hospital (prestador de cuidados) mesmo que noutras áreas (Raine, R., et al 2010; Shanmugasegaram, S., et al 2013) pela semelhança de possíveis fatores críticos de acesso (transporte, distância geográfica, custos associados às múltiplas deslocações, recetividade e aceitabilidade dos cuidados).

A análise deste estudo consiste assim numa análise estatística descritiva e testes estatísticos que permitam analisar a relação entre as variáveis.

A análise da estatística descritiva tem como objetivo a caracterização da população em estudo e a análise das variáveis resultantes do acesso ao CMFR permitindo resumir as principais características dos dados através de uma análise entre frequências, valores médios e desvios da média (desvio padrão).

A análise da relação entre as variáveis consiste na aplicação de testes de independência, ANOVA, quando se trata de um conjunto de observações de uma só variável e a análise de regressão permite analisar as diferenças na probabilidade de determinado grupo aceder com sucesso aos cuidados de saúde tendo em conta um conjunto de variáveis explicativas (independentes) (Allin, S., et al 2007; In Lee, K., & Koval, J. J. 1997).

Como o objetivo principal do estudo é a análise do acesso aos cuidados de Reabilitação em Angola usando os dados do hospital de referência (CMFR), e tendo em atenção os estudos de referência metodológica (Raine, R., et al 2010; Shanmugasegaram, S., et al 2013) selecionou-se como medida de utilização de acesso o Odds ratio através de uma análise de regressão, permitindo a medição dos cuidados de saúde tendo em atenção cada variável resultante do acesso ao CMFR descritas no ponto anterior de seleção de variáveis.

As variáveis indicadoras de sucesso selecionadas no presente estudo são os rácio TTO/TTE e rácio SP/SR tendo sido necessário proceder à sua transformação por não serem variáveis binárias ou dicotómicas

## **5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

De acordo com o exposto anteriormente a análise do acesso aos cuidados de reabilitação é dividida em duas partes. Na primeira parte é feita a caracterização da população em estudo e análise das variáveis resultantes do acesso ao CMFR e na segunda parte é feita uma análise de regressão com o objetivo de estudar a relação entre as variáveis explicativas

(independentes) e as variáveis indicadoras de sucesso (dependente) já identificadas no acesso à reabilitação.

Na população em estudo (3178 utentes), existiu o registo do género de 3176 utentes onde predominam os elementos do género feminino com uma frequência de 1769 mulheres representando 55,7% da população como se pode observar na tabela número 7.

**Tabela Nº7:** Distribuição da População pelo género

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Feminino	1769	55,7
Masculino	1407	44,3
Total	3176	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Quanto á distribuição da população pela idade (tabela número 8) conclui-se que a população em tratamento é considerada uma população jovem com média de idade de 33,28 anos e desvio padrão de 24,33 anos. Possui uma grande amplitude de idades que vai desde os zero aos 91 anos de idade. Predominam as crianças com menos de dois anos (18%) e os grupos etários 45-54 anos (16%) e 55-64 anos (15%). Dos 2 aos 14 anos é onde se observa menor incidência de crianças a aceder ao hospital em detrimento dos grupos depois dos 45 anos.

**Tabela Nº8:** Distribuição da População pelos grupos etários

<b>Grupos etários</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<2 anos	572	<b>18,0</b>
2-4	153	4,8
5-9	169	5,3
10-14	93	2,9
15-24	235	7,4
25-34	314	9,9
35-44	317	10,0
45-54	514	<b>16,2</b>
55-64	489	<b>15,4</b>
>=65 anos	322	10,1
Total	3178	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Relacionando o género com os grupos etários, tabela número 9, conclui-se que no acesso ao CMFR predominam as mulheres em todos os grupos etários exceto dos 5 aos 9 anos e no grupo etário dos 25 aos 34 anos.

**Tabela Nº9:** Relação entre grupos etários e género

Género	Grupos etários										Total
	<2 Anos	2-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>=65 anos	
<b>Feminino</b>	299	78	82	51	128	157	193	302	287	192	1769
<b>Masculino</b>	272	74	87	42	107	157	124	212	202	130	1407
<b>Total</b>	571	152	169	93	235	314	317	514	489	322	3176

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Analisando a província de origem da população em estudo, tabela número 10, conclui-se que apenas 2656 utentes do total tiveram registo de província de origem e que a província com mais casos é Luanda, representando mais de metade, (61,9%) seguido de Malange com apenas 9,4%. Destes casos em todas as províncias observa-se que acederam mais mulheres que homens exceto nas provinciais de Cabinda, Cuando-Cubango e Cunene onde os homens tiveram mais representatividade.

**Tabela Nº10:** Distribuição da população por província e género

Província	Frequência	Percentagem	Distribuição quanto ao género		
			Feminino	Masculino	Total
Cabinda	17	0,6	8	9	17
Zaire	49	1,8	28	21	49
Uíge	160	6,0	90	69	159
Luanda	1646	<b>61,9</b>	916	729	1645
Cuanza Norte	132	5,0	76	56	132
Cuanza Sul	121	4,6	66	55	121
Malange	249	<b>9,4</b>	145	104	249
Lunda Norte	17	,6	9	8	17
Benguela	34	1,3	18	16	34
Huambo	69	2,6	44	25	69
Bié	19	,7	15	4	19
Moxico	17	,6	11	6	17
Quando Cubango	3	,1	1	2	3
Namibe	7	,3	4	3	7
Huila	29	1,1	19	10	29
Cunene	8	,3	2	6	8
Lunda Sul	8	,3	4	4	8
Bengo	73	2,7	43	30	73
<b>Total</b>	<b>2658</b>	<b>100,0</b>	<b>1499</b>	<b>1157</b>	<b>2656</b>

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Com o cruzamento dos dados Província e grupos etários na tabela número 11, pode-se observar, que Luanda é quem tem o maior número de casos e sobretudo no grupo com menos dois anos de idade sendo a única província onde se observa tal facto. Todas as outras

províncias apresentam predominância de utentes a partir dos 25 anos de idade. Da população total o grupo etário com menos de dois anos de Luanda representa cerca de 17,4% da população em estudo.

**Tabela Nº11:** Distribuição da população por província e grupos etários

Província	<2 Anos	2-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>=65 anos	Total
<b>Cabinda</b>	0	0	0	0	2	6	2	4	2	1	17
<b>Zaire</b>	2	0	0	0	4	4	7	15	8	9	49
<b>Uíge</b>	4	1	2	3	4	9	17	37	62	21	160
<b>Luanda</b>	<b>463</b>	121	125	73	162	183	140	158	125	96	<b>1646</b>
<b>Cuanza Norte</b>	2	2	1	4	1	8	9	46	40	19	132
<b>Cuanza Sul</b>	2	0	1	0	7	9	13	37	37	15	121
<b>Malange</b>	3	0	3	0	4	26	40	73	<b>64</b>	36	<b>249</b>
<b>Lunda Norte</b>	0	0	0	0	2	1	5	5	2	2	17
<b>Benguela</b>	2	0	1	0	1	3	6	10	8	3	34
<b>Huambo</b>	7	2	2	1	2	5	13	13	17	7	69
<b>Bié</b>	0	0	1	0	1	2	2	4	1	8	19
<b>Moxico</b>	1	0	0	1	3	1	1	1	6	3	17
<b>Cuando Cubango</b>	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3
<b>Namibe</b>	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	7
<b>Huíla</b>	2	1	0	1	3	2	4	7	7	2	29
<b>Cunene</b>	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	8
<b>Lunda Sul</b>	0	0	0	0	1	0	1	4	2	0	8
<b>Bengo</b>	2	0	1	0	5	5	2	13	22	23	73
<b>Total</b>	<b>490</b>	128	139	83	204	267	264	431	406	246	<b>2658</b>

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Para os utentes com registo de província, 2658, foi possível calcular a distância geográfica e temporal. A distância média em quilómetros até ao hospital de referência Nacional é 159 Km's com elevado desvio padrão de 234 Km's observando-se uma elevada discrepância nas distâncias percorridas pelos utentes para tratamento que variam entre 8,9 Km's no mínimo e 1232 Km's no máximo. Verifica-se também um elevado tempo de deslocação entre utentes onde o tempo médio de deslocação é 2 horas com desvio padrão de 3 horas e registo de tempo mínimo de deslocação 0,20 horas e máximo 19 horas (tabela número 12).



**Tabela Nº12:** Distância geográfica e temporal que a população do estudo tem de percorrer desde a residência ao hospital de referência

Variáveis	Número de utentes	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Distância geográfica (Km)	2658	8,9	1232	159,341	234,2607
Distância Temporal (horas)	2658	0,2	19,1	2,331	3,3869
Número de utentes com registo	2658				

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Relativamente ao número de consultas de cada utente, verifica-se que dos 3178 utentes em estudo, 2888 (90,9%) tiveram registo de apenas 1 consulta independentemente do encaminhamento, seguidos de 176 utentes (5,5%) com duas consultas, 74 utentes (2,3%) com 3 consultas e os restantes 1,3% apresentaram até 12 consultas como se pode observar na tabela número 13.

**Tabela Nº13:** Distribuição dos utentes por número de consultas

Nº de Consultas	Frequência	Percentagem
1	2888	90,9
2	176	5,5
3	74	2,3
4	29	,9
5	3	,1
6	1	,0
7	3	,1
8	1	,0
9	2	,1
12	1	,0
<b>Total</b>	3178	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Tendo em atenção que na literatura se encontram diferenças no acesso à reabilitação entre género e diferentes classes etárias foi-se verificar a relação entre estas variáveis na população em estudo onde se comprovou que o número de consultas com reabilitação, 1935, não depende nem do género nem da idade (anexo I).

Relativamente ao diagnóstico da população em estudo, verificou-se que nem todos os 3178 utentes tiveram registo de diagnóstico e que dependendo da especialidade e número de consultas existiram utentes que tiveram atribuídos mais do que um diagnóstico. Da análise da tabela número 14, observa-se que 3163 utentes tiveram atribuído apenas um diagnóstico, 73 utentes dois diagnósticos e 20 tiveram até três diagnósticos atribuídos.

**Tabela Nº14:** Distribuição dos utentes por diagnóstico

	Diagnóstico 1	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3
Número de utentes	3163	73	20

**Fonte:** Base de dados do CMFR

O diagnóstico 1 é considerado o diagnóstico principal, diagnóstico que gerou a necessidade para o primeiro acesso ao hospital, onde as patologias predominantes são as alterações de coluna, seguido de Acidente vascular cerebral (AVC), alteração musculoesquelética, doença osteoarticular degenerativa, paralisia cerebral infantil e deformidade congénita. Como segundo diagnóstico e terceiro mantém-se a tendência apesar do AVC igualar as alterações de coluna no terceiro diagnóstico atribuído aos utentes após atribuição do diagnóstico inicial (anexo II).

Destes 3178 utentes com registo até 12 consultas, foi-se verificar o número máximo de consultas com reabilitação (tabela número 15). Constatou-se que dos 3178 utentes, 1935 (69,9%) tiveram prescrição de reabilitação em três consultas. Dos 1935 utentes com prescrição de reabilitação, 1812 (93,6%) tiveram apenas um seguimento com reabilitação, 106 (5,5%) tiveram 2 seguimentos com reabilitação e 17 (0,9%) tiveram 3 seguimentos com reabilitação.

**Tabela Nº15:** Número de consultas com reabilitação

Número de consultas	Frequência	Percentagem
1	1812	93,6
2	106	5,5
3	17	,9
Total	1935	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Para a variável seguimento, analisada na tabela número 16, foi necessário criar uma variável por consulta registada. No entanto para facilitar a análise e sempre que se verificou que a variável seguimento era constante a partir da quarta consulta ou só existia alteração no último seguimento optou-se por criar a variável final onde ficou registada essa alteração.

Segundo a análise da tabela número 16, observa-se que dos vários seguimentos, é predominante o seguimento com reabilitação cumprida sobretudo á medida que os utentes apresentam mais consultas, ao mesmo tempo que se observa uma diminuição dos excluídos e prescrição de reabilitação não cumprida o que pode ser considerado um bom indicador de resposta da oferta (CMFR) à procura dos cuidados levando a uma boa aceitação destes. À medida que os seguimentos aumentam diminuem as consultas com prescrição de ajuda

técnica e encaminhamento mas aumentam as de correção de deformidade, fator explicado pela necessidade dos múltiplos tratamentos e acompanhamentos deste tipo de patologia.

**Tabela Nº16:** Distribuição dos utentes por seguimento

Tipo de seguimento	Seguimento 1		Seguimento2		Seguimento3		Seguimento4		Seguimento Final	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Reabilitação Prescrita Não Cumprida	309	11,7	20	8,0	10	9,3	1	2,5	1	10,0
Reabilitação Iniciada Com Exclusão	420	15,9	34	13,5	7	6,5	3	7,5	1	10,0
Reabilitação Prescrita Cumprida	745	<b>28,2</b>	81	<b>32,3</b>	37	<b>34,6</b>	13	<b>32,5</b>	4	<b>40,0</b>
Alta de Consulta com Medicação	135	5,1	16	6,4	6	5,6	0	0	0	0
Alta	198	7,5	21	8,4	5	4,7	3	7,5	0	0
Em Tratamento	166	6,3	11	4,4	3	2,8	4	10,0	0	0
Consulta com prescrição de Ajuda Técnica	153	5,8	14	5,6	6	5,6	0	0	1	10,0
Consulta com Encaminhamento	436	16,5	38	15,1	18	16,8	4	10	1	10,0
Gesso para Correção de Deformidade	77	2,9	16	6,4	13	12,1	10	25	2	20,0
<b>Total</b>	<b>2639</b>	<b>100</b>	<b>251</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Base de dados do CMFR

A distribuição da população em estudo onde foi registado o método de comparticipação, 3141, é muito semelhante, como se pode observar na tabela número 16 onde se registaram mais isentos (54%) que utentes que têm de pagar os seus tratamentos e consultas (46%).

**Tabela Nº17:** Distribuição da população pelo método de comparticipação

Modo de comparticipação	Frequência	Percentagem
Isento	1695	54
Pago	1446	56
Total	3141	100

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Comparando os dois turnos da manhã e tarde observam-se mais utentes a ser tratados no turno da manhã, interessando averiguar se existe alguma relação entre tempos de espera e de tratamento observados (tabela número 18).

**Tabela Nº18:** Distribuição dos utentes por turno de tratamento

Turno	Frequência	Percentagem
Manhã	1092	58,3
Dois	62	3,3
Tarde	719	38,4
Total	1873	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

A análise do tempo de espera para tratamento sem prioridade e com prioridade permite analisar a resposta do hospital à procura dos cuidados mediante prioridades (tabela número 19).

O tempo de espera para tratamento com prioridade registado em 250 utentes foi de 24,99 dias com desvio padrão de 13,38 dias, tempo de espera mínimo zero dias e máximo 70 dias. Os sem prioridade, 1426 utentes esperaram em média 24,88 dias com desvio padrão de 14,53 dias, tempo de espera mínimo zero dias e máximo 117 dias. Verifica-se que os tempos de espera são semelhantes na média e desvio padrão, diferenciando apenas no registo do tempo máximo de espera.

**Tabela Nº19:** Relação entre tempo de espera para tratamento sem prioridade e com prioridade

		Tempo de Espera para Tratamento	Tempo de Espera quando Prioritário
Número de utentes	Com registo	1426	250
	Sem registo	1752	2928
Média		24,88	24,988
Desvio Padrão		14,529	13,3779
Mínimo		0	,0
Máximo		117	70,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

De acordo com as diferenças encontradas na bibliografia entre grupos vulneráveis no acesso tendo em atenção o género e classes etárias considerou-se relevante verificar se existia alguma relação entre género, idade, tempo de espera para tratamento e tempo de espera para tratamento quando prioritário. Da análise dos testes estatísticos para variáveis independentes (Anexo III) conclui-se que o Tempo de espera para iniciar a reabilitação, não depende do género mas depende da idade, onde o tempo de espera foi superior até aos 9 anos de idade.

O tempo de espera quando prioritário apesar de semelhante ao tempo de espera quando não prioritário depende do género e da idade. Existem mais mulheres que homens com registo de tratamento prioritário que esperam menos tempo para iniciar os tratamentos em relação aos homens. O tempo de espera superior é dos 55 aos 64 anos contrariamente ao tempo de espera quando não prioritário que é até aos 9 anos de idade. O tempo mínimo de espera é zero dias verificados entre os 25 e 34 anos.

Tendo em atenção a diferença registada fomos verificar se a província de origem dos utentes podia influenciar também os tempos de espera quando prioritário e não prioritário não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas (anexo III).

Além dos tempos de espera para tratamento também é importante o registo do número de sessões prescritas e realizadas. De acordo com a tabela número 20, o número de sessões prescritas é no máximo 45 e mínimo 10 sessões, tendo como média 15,19 sessões e desvio padrão 4,617. As sessões realizadas tem como mínimo 0 sessões e máximo 45 sessões indicando que há utentes que não realizam as sessões prescritas ou realizam menos que as prescritas pois a média de sessões realizadas é de 12,05 contra as 15,19 prescritas.

**Tabela Nº20:** Sessões realizadas e sessões prescritas

	<b>Número total de sessões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Nº de sessões prescritas	28490	10	45	15,19	4,617
Nº se sessões realizadas	22221	0	45	12,05	6,062
Rácio sessões realizadas/ Sessões prescritas	0,78	0	1,40	0,7920	0,3202

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Como o cumprimento das sessões prescritas para tratamento é dado através da relação entre as sessões realizadas e prescritas calculou-se o rácio entre sessões prescritas e realizadas, onde o valor ideal é 1 (o valor do rácio assume valor 1 quando o número de sessões prescritas foi igual ao realizado). Da análise conclui-se que tem como mínimo zero, máximo 1,40 e média 0,7920 com desvio padrão de 0,3202. Segundo a análise descritiva, da tabela número 21, do rácio de sessões realizadas e prescritas 6,3% utentes não realizaram nenhuma sessão, 38% dos utentes realizou menos sessões que as prescritas, 54% cumpriu com o plano prescrito e 1,2% realizou sessões a mais que as prescritas.

**Tabela Nº21:** Rácio de sessões realizadas e sessões prescritas

<b>Rácio</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
0	116	6,3
]0-1[	701	38,0
1,00	1007	54,6
]1 -1,4[	20	1,2
Total	1844	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

Tendo em atenção que um bom indicador de acesso aos cuidados de saúde é a aceitabilidade dos cuidados de saúde que dependem de entre outros fatores da idade, género e distância (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010) foi realizada uma análise estatística para verificar se o rácio entre as sessões realizadas e prescritas, fator indicador de cumprimento dos tratamentos, dependeu do género, idade e província.

Da análise realizada (anexo IV) com testes estatísticos para variáveis independentes, ANOVA, conclui-se que o rácio entre sessões realizadas e prescritas não depende do género, idade ou província. Já o número de sessões realizadas depende do género onde se verificou que os utentes do género feminino realizam em média mais sessões que o masculino, mas não depende da idade ou província. O número de sessões prescritas depende da província, mas não depende do género ou idade. O registo de sessões prescritas é superior nas províncias de Cuando-Cubango, Lunda Norte e Huila.

Para além do rácio entre sessões prescritas e realizadas como bons indicadores de sucesso para a prescrição de reabilitação foi selecionado o rácio entre o TTO e TTE.

De acordo com a tabela número 22, dos 1872 utentes em que foi registado o TTE, apenas 1028 tiveram registo do TTO. Da análise destes dados conclui-se que a média do TTO e TTE é diferente onde o TTO é superior. Quando comparados os dois tempos entre si através do rácio TTO/TTE conclui-se que em média os utentes demoram mais a terminar as sessões que o previsto sendo pertinente perceber se é uma diferença estatisticamente significativa e se o género, idade, província e diagnóstico principal podem influenciar estas variáveis.

**Tabela Nº22:** Tempo de tratamento esperado e observado

		TTO	TTE	Rácio TTO/TTE
Número de utentes	Com registo	1028	1872	1023
	Sem registo	2150	1306	2155
Média		38,131	37,72	1,0925
Desvio Padrão		16,9775	13,708	,58167
Mínimo		,0	14	,00
Máximo		149,0	126	4,26

**Fonte:** Base de dados do CMFR

O Tempo esperado para o tratamento é em média 37,72 dias e devido padrão de 13,71 dias com tempo mínimo de tratamento de 14 dias e máximo 126 dias. Não depende do género nem da idade como seria de esperar.

O TTO não depende do género mas depende da idade, onde se observa que até aos 9 anos de idade se demora em média mais tempo que o esperado a terminar as sessões de tratamento prescritas. Tem em média 38,13 dias com desvio padrão de 16,98 dias, valor mínimo de registo de tratamento zero dias e máximo 149 dias. Registo de zero dias de tratamento indica que existiram utentes que tiveram prescrição de tratamento mas não cumpriram com o estabelecido. Analisando número de consultas, tempo de tratamento e diagnóstico (anexo V) conclui-se que para os que tiveram apenas uma consulta, que como já referido anteriormente é a situação mais frequente, o tipo de diagnóstico não influenciou o tempo médio de tratamento.

A razão TTO/TTE é superior a 1 tendo em média 1,09 e desvio padrão de 0,58 como se pode observar na tabela número 22. Apresenta como valor mínimo da relação zero o que é consistente com o valor do TTO onde existiram utentes que não realizaram nenhuma sessão. O valor máximo da relação TTO/TTE foi de 4,26 o que significa que existiram utentes que demoraram 4,26 vezes a mais a terminar as sessões que o esperado. O rácio TTO/TTE à semelhança do TTO não depende do género mas sim da idade, verificando-se que existe um tempo de demora média superior dos 10 aos 24 anos (Anexo V).

Tendo em atenção a presente análise estatística torna-se pertinente analisar se existem mais variáveis que podem influenciar o resultado das variáveis consideradas como dependentes na análise:

- Rácio entre Tempo de Tratamento observado e esperado (TTO/TTE)
- Rácio entre sessões realizadas e prescritas (SR/SP)

Transformando-se estas variáveis em variáveis dicotómicas procedeu-se a uma análise de regressão linear de forma a perceber em que medida é que as outras variáveis em estudo as podem influenciar pretendendo-se descrever a relação entre uma variável dependente qualitativa binária, associada a um conjunto de variáveis independentes qualitativas ou métricas (In Lee, K., & Koval, J. J., 1997). Sendo assim, caso o rácio TTO/TTE e SR/SP assumam o valor 1, significa que os utentes cumpriram o plano de tratamento (SR=SP) no tempo previsto (TTO=TTE), se for diferentes de 1:

- $TTO/TTE > 1$  Opção menos desejável - os utentes demoraram mais tempo que o necessário a terminar os tratamentos;
- $SR/SP < 1$  Opção menos desejável - os utentes realizaram menos sessões que as prescritas, logo não cumpriram com o plano de tratamento.

Feita a transformação das análise em estudo realizou-se uma análise descritiva dos resultados onde de acordo com a análise das tabelas 23 e 24 conclui-se que existiram mais utentes a realizar todas as sessões prescritas, 1027 (tabela 24) do que a cumprir com o tempo esperado para tratamento, 477 utentes (tabela 23).

**Tabela Nº23:** Rácio do Tempo de tratamento esperado e observado

Rácio TTO.TTE binário	Frequência	Percentagem
TTO.TTE >1	546	53,4
TTO.TTE = 1	477	46,6
Total	1023	100

Fonte: SPSS versão 22

**Tabela Nº24:** Rácio entre Sessões realizadas e prescritas

Rácio SR.SP binário	Frequência	Percentagem
SR.SP <1	817	44,3
SR.SP =1	1027	55,7
Total	1844	100

Fonte: SPSS versão 22

Sendo assim, para eliminar a hipótese de utentes que tivessem realizado as sessões no tempo esperado mas que não tenham realizado as sessões todas ou que tenham realizado as sessões todas mas tenham demorado mais que o esperado por faltas ao tratamento (não cumprindo o plano de tratamento), considera-se que os dois rácios têm de assumir o valor 1 simultaneamente para ser considerado um fator de sucesso e entrar na análise.

Começou-se assim por analisar quais eram os rácios de tratamento e tempos registados que assumiam o valor desejável (1), tendo-se obtido 207 eventos que representam 20,4% do total como se pode observar na tabela de referência cruzada número 25.

**Tabela Nº25:** Tabela de referência Cruzada Rácio TTO.TTE binário\* Rácio SR. SP binário

			Rácio SR. SP binário		Total
			<1	=1	
Rácio TTO.TTE	TTO.TTE >1	Contagem	117	426	543
		%	11,5%	42,0%	53,6%
	TTO.TTE =1	Contagem	264	<b>207</b>	471
		%	26,0%	20,4%	46,4%
Total		Contagem	381	633	1014
		%	37,6%	62,4%	100,0%

Fonte: SPSS versão 22

Para se prosseguir com a análise da regressão com uma variável restritiva foi necessário testar a independências duas variáveis através de um testes Qui-Quadrado, chegando-se á conclusão que as variáveis são independentes ( $X^2=128,017$  com  $p=0,000$ ) o



que permite fazer o estudo usando um modelo de regressão logística com uma variável restritiva (Anexo VI).

Com a aplicação do teste Qui-Quadrado verificou-se que as hipóteses das variáveis são independentes entre si, definindo-se assim um modelo de regressão logística com uma variável restritiva. Considerou-se como variável dependente Rácio TTO.TTE (igual a 1 versus maior que 1) e como variável de seleção: Rácio SR.SP, considerando apenas os casos desejáveis ou seja com Rácio igual a 1.

Após esta seleção foram estimados os parâmetros do modelo através do método da máxima verossimilhança, e testados a significância dos coeficientes das variáveis independentes através de testes específicos. Obteve-se assim, o modelo logístico ajustado considerando a inclusão das variáveis independentes. Através da análise do teste Wald da com  $\text{Sig} > 0,05$  (Anexo VI) conclui-se que nenhuma das 18 variáveis é significativa ou seja nenhuma tem interesse para o modelo.

Como os valores do teste de Wald para cada um dos coeficientes do modelo são condicionados pelos valores dos outros coeficientes e assim novas combinações de variáveis independentes podem apresentar diferentes significâncias, tentou-se testar introduzindo mais variáveis independentes para conseguir um modelo com pelo menos uma variável independente significativa no teste de Wald (In Lee, K., & Koval, J. J., 1997). Passou-se assim, numa análise de regressão logística de progressão passo a passo (*Forward Stepwise*) que permite reavaliar a cada passo a significância das variáveis do modelo e das que não estão no modelo para escolher de todas elas as que devem ficar ou serem removidas (In Lee, K., & Koval, J. J., 1997).

A tabela número 26 contém o passo 0 onde foram considerados os casos selecionados para análise. A sensibilidade do modelo para os casos selecionados é 100%, a especificidade é nula 0% e o modelo classifica corretamente 81,3% dos casos selecionados.

**Tabela Nº26:** Tabela de Classificação das variáveis – Passo 0

Fonte: SPSS versão 22

Tabela de Classificação <sup>a,b</sup>								
Observado			Casos selecionados <sup>c</sup>			Casos não selecionados <sup>d,e</sup>		
			Racio TTO.TTE binário		%	Racio TTO.TTE binário		%
			Maior que 1	Igual a 1		Maior que 1	Igual a 1	
Passo 0	Racio TTO.TTE binário	Maior que 1	74	0	100	26	0	100
		Igual a 1	17	0	0	35	0	0
Percentagem					81,3			42,6

a. Constante incluída no modelo

b. Valor de corte ,500

c. Casos seleccionados Rácio SR.P binário EQ 1

d. Casos não seleccionados Rácio SR.SP binário NE 1

e. Alguns dos casos não seleccionados não estão classificados por ausência de valores nas variáveis independentes ou variáveis categóricas com valores fora da média dos valores seleccionados.

Fonte: SPSS versão 22

Com a aplicação do teste Wald com Sig<0,05 (tabela 27) conclui-se que a variável é significativa e pode ter interesse para o modelo.

**Tabela Nº27:** Teste Wald

Variáveis na Equação							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)
Passo 0	Constante	-1,471	0,269	29,907	1	0	0,23

A Tabela 28 contém as variáveis independentes adicionadas na tentativa de encontrar um melhor modelo que explicasse as variáveis.

**Tabela Nº28:** Variáveis independentes

		Valor	df	Sig.
Fase 0	Género(1)	1,969	1	0,161
	Grupos de Idade	7,361	9	0,6
	Grupos de Idade (1)	0,674	1	0,412
	Grupos de Idade (2)	0,961	1	0,327
	Grupos de Idade (3)	2,015	1	0,156
	Grupos de Idade (4)	0,713	1	0,399
	Grupos de Idade (5)	1,32	1	0,251
	Grupos de Idade (6)	0,096	1	0,756
	Grupos de Idade (7)	0,096	1	0,756
	Grupos de Idade (8)	0,037	1	0,848
	Grupos de Idade (9)	0,029	1	0,864
	Nº Consultas Reabilitação	21,462	1	0
	Tempo de espera para tratamento quando prioritário	1,373	1	0,241

	Turno	8,96	2	0,011
	Turno (1)	0,313	1	0,576
	Turno (2)	8,902	1	0,003
	Distância geográfica	0,52	1	0,471
	Distância temporal	0,455	1	0,5
	Tempo de espera para tratamento	0,006	1	0,94
Estatística		31,064	17	0,02

Fonte: SPSS versão 22

O teste Omnibus avalia a significância do modelo como um todo, cuja hipótese nula é que todos os coeficientes da equação são iguais a zero. Após diversas iterações, utilizando métodos diferentes para aplicar o teste qui-quadrado (*Step, Block e Model*), a Tabela número 29 mostra que as variáveis selecionadas no passo 1, têm uma boa qualidade de ajustamento.

**Tabela Nº29:** Teste de Omnibus

Teste de Omnibus				
		Qui-quadrado	df	Sig.
Passo 1	Step	17,011	1	0
	Block	17,011	1	0
	Modelo	17,011	1	0

Fonte: SPSS versão 22

A tabela 30 fornece algumas medidas semelhantes ao coeficiente de variação ( $R^2$ ) da regressão linear. O valor de Likelihood avalia a capacidade do modelo estimar a probabilidade associada a ocorrência de determinado evento. No passo 1, o teste de Cox & Snell e o teste de Nagelkerke descrevem a proporção da variável dependente que é explicada pela variação das variáveis independentes 17% e 27,6% respetivamente.

**Tabela Nº30:** Teste de Omnibus

Teste de Omnibus			
Passo	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	70,635	0,17	0,276

Fonte: SPSS versão 22

Após tratamento estatístico adequado obteve-se a tabela número 31 de classificação do passo 1, onde se observa que o modelo classifica corretamente 86,8% dos casos selecionados. Comparando com a tabela apresentada no passo 0 (81,3%), tem-se um acréscimo de 6% o que ainda se considera um pouco fraco. O melhor ajuste do modelo é indicado por uma diferença menor entre a classificação observada e esperada.

**Tabela Nº31:** Tabela de Classificação das variáveis

Tabela de classificação <sup>a</sup>								
Observado			Casos Seleccionados <sup>b</sup>			Casos não seleccionados <sup>c,d</sup>		
			Rácio TTO.TTE binário		%	Rácio TTO.TTE binário		%
			Maior que 1	Igual a 1		Maior que 1	Igual a 1	
Step 1	Rácio TTO.TTE binário	Maior que 1	73	1	98,6	26	2	92,9
		Igual a 1	11	6	35,3	24	11	31,4
Percentagem					86,8			58,7

a. O valor de corte é ,500

b. Casos seleccionados Rácio SesR.SesP binário EQ 1

c. Casos não seleccionados Rácio SesR.SesP binário NE 1

d. Alguns dos casos não seleccionados não estão classificados por ausência de valores nas variáveis independentes ou variáveis categóricas com valores fora da média dos valores seleccionados.

**Fonte:** SPSS versão 22

Após o cálculo dos parâmetros e testes de significância, foram seleccionadas as variáveis que são estatisticamente significantes, portanto que melhor explicam a variação da relação entre o tempo de tratamento observado e esperado. Das 19 variáveis em estudo apenas uma é considerada como sendo a mais significativa para completar o modelo logístico, o número de consultas de reabilitação com o coeficiente 3,517 (tabela 31).

**Tabela Nº32:** Tabela de Classificação das variáveis

Variável		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Fase 1 <sup>a</sup>	NºCon.Reab	3,517	1,131	9,661	1	0,002	33,671	3,666	309,241
	Constante	-5,41	1,261	18,395	1	0	0,004		

a. Variável(s) entrada na fase 1: NºCon. Reab

**Fonte:** SPSS versão 22

Substituindo-se os valores dos coeficientes obtidos na forma geral do modelo de regressão logística  $odds = P / (1-P)$ , obtém-se a equação de modelo linear:

$$LN odds = -5,410 + 3,517 * n^o \text{ de consultas de reabilitação}$$

Ou

$$P / (1-P) = -5,410 + 3,517 * n^o \text{ de consultas de reabilitação}$$

Sendo:

P = Probabilidade de sucesso

1-P = Probabilidade de fracasso

Como a regressão logística não teve muita significância estatística apesar de se conseguir seleccionar uma variável com significância, optou-se por ensaiar uma regressão linear múltipla entrando com os verdadeiros valores de Rácio TTO.TTE e considerando como

variável de seleção Rácio SR.SP, usando apenas os casos desejáveis ou seja com Rácio SR.SP =1. Realizada a análise observou-se que a única variável significativa foi também o nº de consultas de reabilitação, tal como se viu na regressão logística, mas com um modelo fraco e também não desejável.

Conclui-se que dos três modelos ensaiados não se encontrou nenhum interessante que permita explicar a variável dependente em função das independentes. No entanto apesar de limitado, optou-se por se escolher a análise de regressão logística de progressão passo a passo onde a única variável significativa é “nº de consultas de reabilitação” para analisar a probabilidade de os utentes cumprimentos com os planos de tratamento no tempo adequado e quantidade de sessões.

Posto as permissas acima referidas pode-se concluir que com o modelo de regressão obtido um dos fatores que pode influenciar o acesso à Reabilitação é o número de consultas de Reabilitação, onde á medida que o número de consultas de Reabilitação aumenta, aumenta a probabilidade de que os utentes cumpram o plano de tratamento no tempo esperado como se pode observar na tabela número 33.

**Tabela Nº33:** Variação da probabilidade de sucesso e número de consultas com reabilitação

Nº de Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
$P = -5,410 + 3,517 * n^o$ Consultas	-2	2	5	9	12	16	19	23	26	30

**Fonte:** SPSS versão 22

## 6. DISCUSSÃO

Apesar de existirem poucos estudos sobre o impacto real da incapacidade na vida das pessoas, sabe-se que no mundo inteiro, as pessoas com incapacidade apresentam piores indicadores de saúde e de educação o que é explicado pelas barreiras no acesso a serviços como saúde, educação, emprego, transportes, e informação (Krahn, G. L. 2011; Spicker, Paul et al 2006).

Segundo o “*World report on disability*” publicado pela OMS em 2011, verifica-se um aumento dos casos de DCNT, diabetes e doenças cardiovasculares (doença cardíaca e AVC) que geralmente geram incapacidade. Cada tipo de incapacidade tem necessidades específicas de saúde, educação, reabilitação, e de apoio que podem melhorar os resultados finais para as pessoas com incapacidade. Porém, respostas diferentes podem ser necessárias.

Para a OMS, todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial de saúde sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem o resultado.

Os Africanos são a população onde se registaram mais casos de incapacidade e em todos os países, grupos vulneráveis, como mulheres, pessoas no limiar de pobreza extrema, e idosos apresentam incidências superiores de incapacidade (Krahn, G. L. 2011). Para todos esses grupos a taxa é superior nos países em desenvolvimento. A prevalência da incapacidade nos países com rendimentos mais baixos entre pessoas com escalões etários depois dos 60 anos é de 43,4%, quando comparada a 29,5% nos países com rendimentos mais elevados (Krahn, G. L. 2011).

Num estudo realizado em 2011 pelo INE de Angola, registou-se o número percentual de incapacidade por província e número de centros ortopédicos. A população entrevistada teve como residência maioritária a área urbana (61%), onde a população com maior registo de incapacidade foi a de Luanda (12%), onde existe um centro ortopédico e um centro de Reabilitação (CMFR) para dar resposta a toda a população angolana registada (aproximadamente 24 milhões). As restantes províncias têm um registo similar de incapacidade (cerca de 5%), registada maioritariamente nas primeiras faixas etárias de vida: 40% da população abaixo dos 15 anos tem registo de incapacidade, 50% tem entre os 15 e os 64 anos e apenas 2% tem 65 anos ou mais com predominância do género feminino e algumas províncias como Cabinda, Zaire, Cuanza Norte, Malange, Namibe, Lunda Norte, Cunene, Lunda Sul e Bengo não dispõem de centros de reabilitação (QUIBB, 2011; PNDS 2012-2025).

O registo de incapacidade verificada em 2011 é semelhante no que diz respeito à distribuição da etária da população registada no censo de 2014 realizado pelo INE: distribuição etária essencialmente jovem com predominância do género feminino; 48% da população tem menos de 15 anos de idade das quais 15% tem menos de cinco anos, 49% entre os 15 e os 64 anos e apenas 3% têm idade acima dos 64 anos (PNDS, 2012-2025).

No presente estudo verificou-se que a distribuição do género é similar aos dados do INE onde existiu um maior registo de pessoas do género feminino.

A distribuição etária quando comparada com os dados do INE apresentou um registo inferior de jovens abaixo dos 15 anos (31,1%) sendo mais jovem nos primeiros anos de vida (até 5 anos) com 22,8 % abaixo dos cinco anos, contra os 15% dos dados do INE. Verificou-se também que de forma geral existiram mais utentes em idade produtiva e envelhecida com 58,9 % dos 15 aos 64 anos e 10,1% com 65 anos ou mais. Esta diferença no acesso favorável à população em idade produtiva apesar da predominância do registo de incapacidade em Angola ser nas faixas etárias mais jovens (2-9 anos), pode ser explicada pelas diferenças económicas, sociais, culturais e biológicas encontradas sistematicamente nos estudos elaborados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Dahlgren G., 2004).

A província de origem dos utentes com maior registo na população em estudo foi Luanda, representando 61,9 % da população, seguindo-se Malange (9%) e Uíge (6%). Estes dados são superiores ao que seria de esperar quando comparados com os dados do INE em 2014 onde Luanda concentra apenas 27% da população seguindo-se da Huila (10%).

Importa destacar que na fase da análise inicial dos dados de 3178 utentes, apenas 2658 tinham registo da província de origem, pelo que teria sido pertinente apurar a morada exata da população em estudo para melhor caracterização da distância geográfica e temporal. Tal não foi possível devido à dificuldade de contacto com os utentes após acesso ao hospital e o registo dos utentes no hospital ser por província e não por morada, apontando-se como uma limitação do estudo.

Tendo em atenção o registo de incapacidade pelas províncias (88% no total) e faixas etárias (tabela número 3 e 4), que dos 10 centros ortopédicos para a oferta de serviços de ortoprotesia e fisioterapia em Angola, dois são em Luanda onde está incluído o CMFR que é o hospital de referência nacional e que a maioria das 8 unidades provinciais têm um impacto muito limitado na resposta às necessidades da população, tanto pela quantidade e competência dos seus profissionais, como pela reduzida oferta e qualidade de serviços que prestam, seria de esperar que a distribuição geográfica da população em estudo fosse

predominantemente de Luanda mas que existisse um registo superior ao encontrado nas outras províncias que representou apenas cerca de 38% da população de Angola, valor muito inferior ao valor de pessoas com registo de incapacidade nas províncias (88%) segundo os dados do QUIBB (2011).

Pegando nas cinco dimensões que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde: disponibilidade, proximidade ou acessibilidade geográfica, custos ou acessibilidade financeira, qualidade e aceitação (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007) e que um dos indicadores para estas dimensões pode ser a medida de utilização dos cuidados de saúde (Allin, S., et al 2007) e aceitabilidade de cuidados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010) após o primeiro acesso (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010) considera-se que se depois do primeiro contacto os utentes tiveram encaminhamento para tratamento, tiveram tempo de espera adequado e completaram o tratamento, tiveram boa aceitação e cumpriram com o plano prescrito.

Da análise realizada conclui-se que a probabilidade de os utentes cumprirem com o plano de tratamento aumenta com o aumento do número de consultas com reabilitação independentemente do género, idade, província e diagnóstico.

Tendo em atenção o objetivo geral do estudo de avaliar o acesso dos utentes do Centro de Referência Nacional público para Reabilitação em Angola, CMFR retorna-se às dimensões caracterizadoras do acesso e variáveis selecionadas para análise. Como recomendado por Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006) e Dahlgren G., (2004) as dimensões do acesso foram descritas analisando separadamente classes etárias, estados de funcionalidade (incapacidade), género (homens e mulheres), onde para todas as dimensões de análise existem mais utentes do género feminino que masculino, onde as classes etárias predominantes na análise são os utentes com menos de 2 anos de idade, entre os 45-54 anos e 55-64 anos:

#### A) Acessibilidade Geográfica

Para avaliação desta dimensão entraram como principais variáveis caracterizadoras a província dos utentes, diagnóstico e a distribuição por classes etárias dos utentes devido às implicações de deslocações em cada fase de vida (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010).



A província com maior registo de casos foi Luanda, representando mais de metade, (61,9%) seguida de Malange com apenas 9,4%. Destes casos em todas as provinciais observa-se que acederam mais mulheres que homens exceto nas provinciais de cabinda, Cuando-Cubango e Cunene onde os homens tiveram mais representatividade.

Para os utentes com registo de província, 2658, foi possível calcular a distância geográfica e temporal. A distância média em quilómetros até ao hospital de referência Nacional é 159 Km's com elevado desvio padrão de 234 Km's observando-se uma elevada discrepância nas distâncias percorridas pelos utentes para tratamento que variam entre 8,9 Km's no mínimo e 1232 Km's no máximo. Verifica-se também um elevado tempo de deslocação discrepante entre utentes onde o tempo médio de deslocação é 2 horas com desvio padrão de 3 horas e registo de tempo mínimo de deslocação 0,20 horas e máximo 19 horas.

Com o cruzamento dos dados província e grupos etários, pode-se observar, que Luanda é quem tem o maior número de casos, sobretudo no grupo com menos de dois anos de idade (17% da população em estudo) sendo a única província onde se observa tal facto. Todas as outras províncias apresentam predominância de utentes a partir dos 25 anos de idade que à partida são classes etárias com menos predisposição a iniquidades no acesso.

A maior percentagem de crianças com menos de dois anos em Luanda pode dever-se à proximidade dos cuidados de reabilitação em Luanda ou devido ao maior número de partos institucionalizados em Luanda em detrimento das províncias havendo um melhor encaminhamento para a reabilitação em caso de necessidade (PNDS 2012-2025). Ao cruzar estes dados com dados do QUIBB, 2011 (tabela 4 e 5) observa-se que existe um maior registo de incapacidade dos 2 aos 9 anos de idade apesar de ser a que menos acedeu ao CMFR no período em análise, em detrimento dos grupos etários mais envelhecidos onde apresentam menores registos de incapacidade segundo o mesmo relatório.

No mesmo relatório observa-se que existem maiores registos de incapacidade em Luanda (12%) e nas províncias existe um registo semelhante (5%) onde praticamente não existem centros com reabilitação.

Devido a estas diferenças pensou-se que a província dos utentes e diagnóstico poderiam influenciar as variáveis em análise. No entanto em todas as análises realizadas não se encontraram diferenças estaticamente significativas exceto no número de sessões prescritas que foram superiores nas províncias fora de Luanda. Relacionando este dado com a influência descrita para o número de consultas com reabilitação na análise de correlação, onde a

probabilidade de cumprimento de tratamento aumenta com o aumento do número de consultas com reabilitação leva a crer que os utentes das províncias mesmo que sendo em minoria (35%) após terem o primeiro contacto com os cuidados do CMFR cumprem com os tratamentos ficando na província de Luanda, dissipando-se a influência da distância geográfica.

#### B) Acessibilidade Financeira

Existem mais mulheres do género feminino que masculino, onde as classes etárias predominantes na análise são os utentes com menos de 2 anos de idade (18%), entre os 45-54 anos (16%) e 55-64 anos (15%). São considerados grupos vulneráveis em que segundo alguns estudos têm menor acesso a este tipo de cuidados (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; WHO, 1995; Spicker, Paul et al 2006). Pensa-se que a diferença aqui encontrada neste estudo se deva a que existe um critério de comparticipação no momento de acesso ao hospital onde os utentes com menos de 10 anos de idade e mais de 60 anos estão isentos de pagamento, assim como utentes elegíveis para critérios de pobreza. Apesar de não existir grande diferença, existem também mais utentes isentos (53%) que utentes que têm de pagar no momento do acesso aos cuidados como se pode observar na análise estatística realizada.

A província com mais casos registados é Luanda (65%) e Malange (9%). Tendo em atenção estes dados, que o CMFR é o hospital de referência nacional, e a distância das províncias analisadas na tabela número 6 do presente estudo, conclui-se que os utentes que mais acederam ao hospital foram os com localização mais próxima, que têm custos indiretos para tratamento mais reduzidos, como os despendidos em transportes, tempo de deslocação e exposição às situações adversas de deslocação onde apenas 10% das estradas são asfaltadas.

Segundo Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006) e Furtado C, Pereira J, (2010) quanto maior for a distância até aos prestadores de cuidados de saúde mais tempo e dinheiro é gasto em despesas os quais atuam como obstáculos para a obtenção de cuidados, especialmente para as classes mais desfavorecidas e com níveis de funcionalidade mais baixos. No presente estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao diagnóstico mas sim em relação ao número de consultas com reabilitação onde quanto mais consultas de reabilitação mais utentes cumprem com os planos de tratamento no tempo e quantidade desejadas independentemente da província de origem (como foi verificado na acessibilidade geográfica) o que pode significar que para a minoria dos utentes deslocados (35%) após o primeiro acesso ficam a realizar os tratamentos independentemente dos custos associados à permanência fora do local de residência habitual.

Conclui-se assim que a disponibilidade financeira dos utentes que acederam ao hospital pelo menos uma vez, não teve registo de diferenças significativas que possam ter influenciado o acesso dos utentes á reabilitação.

Para análise deste indicador era importante ter o registo das condições económicas individuais e de educação (WHO, 2012; Marmot M, 2007; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006) no entanto por limitação de recolha destes dados junto da população em estudo, não foi possível apresentando-se como uma limitação ao presente estudo.

### C) Disponibilidade

A disponibilidade adequada de cuidados depende da oferta adequada de serviços para que exista oportunidade de utilizar os cuidados de saúde (WHO, 2012; Ricketts T, Goldsmith L., 2005; Obrist B, et al 2007; Arah O, et al 2006; Goddard M, et al 2001; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010; Allin, S., et al 2007), sendo assim para este estudo foram consideradas como principais variáveis caracterizadoras o tempo de resposta á necessidade da procura dos utentes através do registo dos tempos de espera.

O tempo de espera para tratamento no CMFR baseia-se em critérios de prioridade que como foi visto na análise estatística não é cumprido, uma vez que os tempos de espera entre prioritários e não prioritários é semelhante, apesar de se defender no hospital que utentes prioritários devem esperar no máximo 5 dias para tratamento. O tempo de espera não dependeu do género mas dependeu da idade com tempo de espera superior até aos 9 anos de idade quando comparado com as restantes classes etárias. Já o tempo de espera quando prioritário apesar de semelhante ao tempo de espera quando não prioritário dependeu do género e da idade onde existiram mais mulheres que homens com registo de tratamento prioritário que esperam menos tempo para iniciar os tratamentos em relação aos homens. O tempo de espera superior é dos 55 aos 64 anos contrariamente ao tempo de espera quando não prioritário que é até aos 9 anos de idade.

Tendo em atenção a diferença registada foi-se verificar se a província de origem dos utentes podia influenciar também os tempos de espera quando prioritário e não prioritário não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas.

Conclui-se assim que na dimensão disponibilidade de cuidados, apesar de não se verificarem diferenças nos tempos de espera dependentes do diagnóstico (critérios de prioridade) a população em estudo apresentou diferenças no acesso onde as mulheres e crianças foram as mais favorecidas com tempo de espera inferiores independentemente do

diagnóstico contrariamente ao encontrado na bibliografia onde por norma as crianças e mulheres apresentam inequidade no momento de acesso aos cuidados de saúde. Tendo em atenção dados do PNDS 2012-2025, QUIBB 2011 pensa que esta facto se deva a que existe uma predominância de mulheres e crianças na população angolana e a fatores culturais onde em Angola existe um grande sentido de protecção da mulher e crianças.

#### D) Qualidade e Aceitabilidade dos Cuidados

A qualidade e aceitabilidade dos cuidados está relacionada com a capacidade técnica dos serviços de saúde em dar resposta às necessidades dos utentes após o primeiro acesso (Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Furtado C, Pereira J, 2010). Sendo assim, no presente estudo considera-se que se depois do primeiro contacto os utentes tiveram encaminhamento para tratamento e o completaram no tempo previsto, tiveram boa aceitação e cumpriram com o plano de tratamento prescrito.

Para mensurar este indicador foram consideradas variáveis medidoras da capacidade de resposta do CMFR à procura após o primeiro contacto dos utentes (Tempo de espera para tratamento), quantidade de utilização dos cuidados de saúde (número de consultas, sessões prescritas e realizadas, encaminhamento com reabilitação cumprida) e cumprimento do plano de tratamento (rácio SR/SP e rácio TTO/TTE).

O tempo de espera para iniciar a reabilitação quando prioritário e não prioritário foi superior à média esperada e não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre diagnósticos o que indica que os critérios de prioridade não foram cumpridos, sendo um indicador desfavorável à capacidade de resposta do CMFR às necessidades dos utentes. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis, género e idade, verificando-se que o tempo de espera quando não prioritário não dependeu do género mas dependeu da idade e o tempo de espera quando prioritário já dependeu do género e idade.

O rácio entre sessões realizadas e prescritas não depende do género, idade ou província. Já o número de sessões realizadas dependeu do género onde se verificou que os utentes do género feminino realizaram em média mais sessões que o masculino, mas não dependeu da idade ou província e o número de sessões prescritas dependeu da província, mas não dependeu do género ou idade. O registo de sessões prescritas é superior nas províncias fora da capital do Hospital de referência.

O rácio TTO/TTE não dependeu do género mas sim da idade, verificando-se que existe um tempo de demora média superior dos 10 aos 24 anos. A razão TTO/TTE é superior a 1

tendo em média 1,09 e desvio padrão de 0,58, o que quer dizer que os utentes em média demoraram mais a realizar os tratamentos que o esperado. Apresenta como valor mínimo da relação zero explicado pelos utentes que não realizaram nenhuma sessão. O valor máximo da relação TTO/TTE foi de 4,26 o que significa que existiram utentes que demoraram 4,26 vezes a mais a terminar as sessões que o esperado.

Observa-se também que foi predominante o seguimento com reabilitação cumprida, independentemente do género e classe etária, sobretudo á medida que os utentes apresentam mais consultas o que pode ser considerado um bom indicador de resposta da oferta (CMFR) à procura dos cuidados levando a uma boa aceitação destes.

Tendo em atenção o supracitado pode-se concluir que o acesso no que concerne à dimensão aceitabilidade e qualidade dos cuidados apesar de não ter apresentado diferenças estatisticamente significativas tendo em atenção os diagnósticos, foi favorável aos grupos considerados vulneráveis (Wilkinson, 1992; Wennemo, 1993; Hales et al, 1999; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006; Wagstaff & van Doorslaer, 2000; Braveman, P., & Tarimo, E. 2002;WHO, 2012; Spicker, Paul et al 2006), uma vez que foram encontradas diferenças estatísticas favoráveis ao género feminino e classes etárias inferiores aos 10 anos de idade e superiores aos 60 anos com tempos de espera inferiores, sessões realizadas superiores e tempos de tratamento adequados.

Analisando o efeito de todas as variáveis consideradas independentes com as variáveis consideradas medidoras de qualidade e aceitabilidades dos cuidados, através de um modelo de correlação linear múltipla, conclui-se que um dos fatores que pode influenciar o acesso à Reabilitação é o número de consultas com Reabilitação, onde á medida que o número de consultas com Reabilitação aumenta, aumenta a probabilidade de que os utentes cumpram o plano de tratamento no tempo esperado o que é considerado um bom indicador de probabilidade de sucesso da resposta do CMFR às necessidades da procura dos utentes.

Note-se que os diagnósticos principais em todos os seguimentos, segundo normas da OMS, são considerados DCNT (alterações de coluna, AVC, alteração musculoesquelética, doença osteoarticular degenerativa, paralisia cerebral infantil e deformidade congénita) e como foi visto no presente estudo as DCNT criam maior necessidade de cuidados de saúde, sobretudo se forem associadas a algum grau de incapacidade, onde a pobreza e baixa educação diminui a acessibilidade aos serviços de saúde, independentemente da sua disponibilidade e maior necessidade de saúde (Wandera, S. O et al 2015; Redondo-Sendino Á, et al 2006; Drainoni M-L, et al, 2006; Howe, L. D et al 2012; Wamala S, Merlo et al 2007;

Horner-Johnson W, et al 2013; Lezzoni LI, et al 2011; Smith DL, 2008; Gutenbrunner, C, et al 2015).

Considera-se assim, que o facto de haver bons resultados no acesso ao hospital com o aumento do número de sessões de tratamento não pode ser considerado indicador de que o acesso aos cuidados de Reabilitação em Angola é o desejável (equitativo) por diferentes motivos:

- No presente estudo só entraram para análise as pessoas que conseguiram aceder pelo menos uma vez ao hospital o que pode enviesar os dados tendo em atenção as desigualdades de educação, crenças e poder económico (WHO, 2012; Marmot M, 2007; Whitehead, M., & Dahlgren, G. 2006) da população de Angola (PNDS 2012-2025). Não existindo registo das necessidades de cuidados de reabilitação da população que não conseguiu aceder ao CMFR ou que nem sabe da existência do mesmo não se consegue avaliar de forma eficaz o acesso ao CMFR tendo em atenção todas as dimensões caraterizadoras do acesso, uma vez que se pensa que quem chega a aceder aos cuidados já é um número restrito de pessoas com níveis de escolaridade, económicos superiores aos que não chegam a aceder ou a ter perceção da necessidade de cuidados mesmo tendo incapacidade ou filhos com incapacidade.

Tendo em conta os resultados obtidos no presente estudo e de acordo com os objetivos estabelecidos no PNDS 2012-2025 considera-se relevante:

- Melhorar os registos de pessoas com incapacidade, permitindo ter maior noção dos níveis reais de incapacidade por acidentes e DCNT;
- A elaboração e divulgação de suportes de recolha de informação para promover a educação para a saúde;
- A alteração da denominação e atribuições dos Centros Ortopédicos existentes para Centros de Reabilitação Integrada (reabilitação sensorial e motora), uma vez que a maior incidência e prevalência de DCNT justifica centros de reabilitação a todos os níveis e não só ao nível ortopédico;
- O reforço de recursos materiais e humanos regionais para aumentar a sua capacidade de produção e aquisição de ajudas técnicas, bem como melhorar a capacidade de prestação serviços de tratamento e atendimento integral a pessoas com incapacidade motora e sensorial;
- A elaboração e divulgação de protocolos de tratamento de reabilitação especializada integrada para as pessoas com sequelas de doenças crónicas e o atendimento às vítimas do trauma com estratificação das intervenções para os diferentes níveis do SNS;

- Aumento da formação e capacitação de profissionais de saúde, na área da Medicina de Reabilitação;
- A elaboração e divulgação de protocolos para o diagnóstico precoce das incapacidades sensoriais e motoras em todas as Províncias;
- Capacitação dos profissionais de saúde para o rastreio de incapacidade sensorial e motora nas maternidades;
- O desenvolvimento de programas de educação para a saúde visando a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação sensorial e motora;
- A reabilitação e otimização do centro de referência nacional para a reabilitação (CMFR), uma vez que apesar de ser o centro de referência nacional para a reabilitação possui poucos quadros especializados e mantém os pisos de internamento fechados por necessidade de recuperação das infraestruturas.

## 7. CONCLUSÃO

Sendo o conceito de acesso aos cuidados de saúde um pilar fundamental das políticas de saúde, ao nível mais básico e que depende da oferta de cuidados, isto é da sua disponibilidade considerou-se pertinente estudar se Angola possui uma oferta adequada de cuidados de Reabilitação com acesso efetivo aos cuidados dependendo também de eventuais barreiras à utilização apropriada, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais.

Tendo em atenção que o CMFR é o único hospital público de referência para a reabilitação em Angola, pensou-se que a província dos utentes poderia influenciar as variáveis em análise, no entanto em todas as análises realizadas não se encontraram diferenças estaticamente significativas exceto no número de sessões prescritas para tratamento que foram superiores nas províncias fora de Luanda. Relacionando este dado com a influência descrita para o número de consultas com reabilitação na análise de correlação, onde a probabilidade de cumprimento de tratamento aumenta com o aumento do número de consultas com reabilitação, parece existir evidência de que os utentes das províncias (mesmo em minoria (35%)) após terem o primeiro contacto com os cuidados do CMFR cumprem com os tratamentos. Especulamos que provavelmente estes doentes optam por permanecer em Luanda durante o tratamento procurando desta forma dissipar a influência da distância geográfica e disponibilidade financeira no momento de acesso ao hospital diminuindo os custos associados às deslocações.

Tendo em atenção o supracitado recomenda-se descentralização dos cuidados de Reabilitação da capital de forma a melhorar a capacidade de resposta do serviços nacional de saúde público às necessidades de Reabilitação de toda a população, sobretudo ao nível das províncias que acedeu em minoria ao único hospital de referência nacional.

Conclui-se assim, que apesar de só uma minoria da população das províncias ter acedido ao hospital de referência nacional para a reabilitação onde as mulheres e crianças têm acesso preferencial, segundo a análise estatística realizada o acesso aos cuidados de reabilitação no presente estudo foi independente da província (distância geográfica), diagnóstico, género e idade (caraterísticas sociodemográficas da população), dependendo do seguimento dado aos utentes após o primeiro contacto com o hospital (número de consultas com reabilitação).



## BIBLIOGRAFIA

Allin, S., Masseria, C., Sorenson, C., Papanicola, I., & Mossialos, E. (2007). *Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices?*. Brussels, Belgium: European Commission.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1-10..

Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl 1), 5-13.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health affairs*, 24(2), 499-505.

Blackwell, D. L., Lucas, J. W., & Clarke, T. C. (2014). Summary health statistics for us Adults: national health interview survey, 2012. Vital and health statistics. Series 10, Data from the National Health Survey, (260), 1-171.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 254-258.

Braveman, P., & Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social science & medicine*, 54(11), 1621-1635.

Constituição da República de Angola-DR, I Série-Nº 23 de 5 de Fevereiro de 2010

Cubbin, C., & Smith, G. S. (2002). Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis. *Annual review of public health*, 23(1), 349-375

D'Uva, T. B., Jones, A. M., & Van Doorslaer, E. (2009). Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *Journal of health economics*, 28(2), 280-289.

Dahlgren G (2004). The affordability ladder step by step – purpose, concepts and examples, Working Paper. Liverpool, Affordability Ladder Programme, Department of Public Health, University of Liverpool.

Decreto Presidencial Lei nº210/14 de 19 de Agosto - Estatuto orgânico do Centro de Medicina Física e de Reabilitação

Decreto Presidencial Lei nº21B/92 de 28 de Agosto -Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde

Doorslaer, E. V., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health economics*, 13(7), 629-647..

Drainoni, M. L., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S. S., Andrew, J., & Maisels, L. (2006). Cross-disability experiences of barriers to health-care access consumer perspectives. *Journal of Disability Policy Studies*, 17(2), 101-115.

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Portugal*, 4-49.

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine*, 53(9), 1149-1162.

Gutenbrunner, C., Negrini, S., Kiekens, C., Zampolini, M., & Nugraha, B. (2015). The Global Disability Action Plan 2014-2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 51(1), 1.

Horner-Johnson, W., Dobbertin, K., Lee, J. C., & Andresen, E. M. (2013). Disparities in chronic conditions and health status by type of disability. *Disability and health journal*, 6(4), 280-286.

Howe, L. D., Galobardes, B., Matijasevich, A., Gordon, D., Johnston, D., Onwujekwe, O., & Hargreaves, J. R. (2012). Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low-and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *International journal of epidemiology*, dys037.

In Lee, K., & Koval, J. J. (1997). Determination of the best significance level in forward stepwise logistic regression. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*, 26(2), 559-575.

Iezzoni, L. I., Frakt, A. B., & Pizer, S. D. (2011). Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services. *Disability and health journal*, 4(4), 238-244.

Krahn, G. L., WHO World Report on Disability: a review. *Disability and health journal*, 2011, 4(3), 141-142.

Loignon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., ... & Bush, P. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUihealthY project. *International journal for equity in health*, 14(1), 4.

Mackenbach J, Cavelaars A, Kunst A, Groenhouf F,(2000) EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease Mortality - An international study. *European Heart Journal*;21: 1141–1151.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*,365(9464), 1099-1104.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*,372(9650), 1661-1669.

Milanovic, B. (2009). Global inequality of opportunity How much of our income is determined at birth?. *Development Working Group*), February.

Ministério de Planeamento. Relatório de Progresso 2010 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio. Setembro 2010. Luanda, Angola.

Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008-2009: Principais Resultados Grelha de Indicadores, Angola, 2010.

Mooney, G. (1987). What does equity in health mean?. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 40(4), 296-303.

Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., ... & Mshinda, H. (2007). Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS Med*, 4(10), 1584-1588.

Oliveira, M. D., & Bevan, G. (2003). Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health policy*, 66(3), 277-293.

Pereira, J. (1995). Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*, 141-166.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.

Phillips Jr, R. L., Kinman, E. L., Schnitzer, P. G., Lindbloom, E. J., & Ewigman, B. (2000). Using geographic information systems to understand health care access. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 971.

Planning Commission. (2007). *National human development report 2001* (No. id: 1284)

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola 2012 – 2025 – Volume I e II, Ministério da Saúde, Luanda, Angola.

Rae, D. W., & Yates, D. (1981). *Equalities*. Harvard University Press.

Raine, R., Wong, W., Scholes, S., Ashton, C., Obichere, A., & Ambler, G. (2010). Social variations in access to hospital care for patients with colorectal, breast, and lung cancer between 1999 and 2006: retrospective analysis of hospital episode statistics. *Bmj*, 340, b5479.

Ray, N., & Ebener, S. (2008). AccessMod 3.0: computing geographic coverage and accessibility to health care services using anisotropic movement of patients. *International Journal of Health Geographics*, 7(1), 63.

Redondo-Sendino, Á., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*, 6(1), 155.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística, Ministério de Planeamento. 2001. Inquérito aos Agregados Familiares sobre Despesas e Receitas (IDR) 2000-2001. INE. Luanda.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística, Ministério de Planeamento. Inquérito Integrado Sobre o Bem-estar da População (QUIBB) 2011. INE. Luanda.

República de Angola, Instituto Nacional de Estatística, Ministério de Planeamento. Resultados Preliminares; Recenseamento geral da população e habitação, 2014, Angola.

Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing outlook*, 53(6), 274-280.

Shanmugasagaram, S., Oh, P., Reid, R. D., McCumber, T., & Grace, S. L. (2013). Cardiac rehabilitation barriers by rurality and socioeconomic status: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*, 12(1), 72.

Smith, D. L. (2008). Disparities in healthcare access for older adults with disabilities. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 24(3), 192-203.

Smith, G. D., Dorling, D., & Shaw, M. (Eds.). (2001). Poverty, inequality and health in Britain, 1800-2000: a reader. *Policy Press*.

Spicker, P., Leguizamon, S. A., & Gordon, D. (2007). *Poverty: an international glossary* (Vol. 1, No. 84277-84824). Zed Books. Summary Health Statistics for the U.S. Population: National Health Interview Survey, 2012

Townsend, P., Davidson, N., and Whitehead, M. (1990) Inequalities in Health, Harmondsworth: Penguin.

UNICEF. Tracking Progress on Child and Maternal Undernutrition. New York, NY: UNICEF, Luanda-Angola, 2009.

Van Doorslaer E, Koolman X. (2004) Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*;13:609–628.

Van Doorslaer E, Masseria C, (2004) OECD Health Equity Research Group Members. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OCDE. *Health Working Paper: 14*.

Van Doorslaer, E., Koolman, X., & Puffer, F. (2002). Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved. *Measuring up: improving health systems*.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U. G., Gerfin, M., & Winkelhake, O. (1997). Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*, 16(1), 93-112.

Vieira, D. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2011.

Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G et al.(1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 1999;18:263- 290.

Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social science & medicine*, 33(5), 545-557.

Wamala S, Merlo J, Bostrom G, Hogstedt C. (2007) Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health*;61:409–15.

Wandera, S. O., Kwagala, B., & Ntozi, J. (2015). Determinants of access to healthcare by older persons in Uganda: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 26.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Levelling up (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. *World Health Organization, Regional Office for Europe*.

WHO (1995) The World Health Report 1995: Bridging the Gaps, Geneva: *World Health Organization*.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. 2012. *World Health Organization*. Geneve, Switzerland.

World Confederation for Physical Therapy. Disponivel em <http://www.wcpt.org/>. Consultado em Março de 2015.

World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO region. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*; 1999.

Zare, H., Trujillo, A. J., Driessen, J., Ghasemi, M., & Gallego, G. (2014). Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). *International journal for equity in health*, 13(1), 42.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I – NÚMERO DE CONSULTAS COM REABILITAÇÃO, GÉNERO E CLASSES ETÁRIAS

**Tabela Nº34:** Relação entre número de consultas com Reabilitação e género

Teste de Mann-Whitney	Género	Número de utentes	Média Rank	Soma of Ranks
Número de consultas com reabilitação	Feminino	1065	975,91	1039345,50
	Masculino	870	958,32	833734,50
Total		1935		

Fonte: SPSS Versão 22

**Tabela Nº35:** Teste com variável género agrupada. Relação entre número de consultas com Reabilitação e género

	Número de consultas com Reabilitação
Mann-Whitney U	454849,500
Wilcoxon W	833734,500
Z	-1,624
Asymp. Sig. (2)	0,104

Fonte: SPSS Versão 22

**Tabela Nº36:** Relação entre número de consultas de Reabilitação e classes etárias

	Classes etárias	Número de utentes
Nº de Consultas com Reabilitação	< 2 anos	340
	2-4	84
	5-9	110
	10-14	42
	15-24	117
	25-34	177
	35-44	184
	45-54	321
	55-64	355
	>=65 Anos	205
	Total	1935

Fonte: SPSS Versão 22

**Tabela Nº37:** Relação entre número de consultas com Reabilitação e classes etárias

Testes estatísticos <sup>a,b</sup>	
	Nº de Consultas com Reabilitação
Qui-Quadrado	2,879
Df	9
Asymp. Sig.	,969
a. Teste Kruskal Wallis	
b. Variável: classes etárias	

Fonte: SPSS Versão 22



## ANEXO II – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR DIAGNÓSTICO

**Tabela Nº38:** Distribuição da população por diagnóstico no primeiro consulta

	Patologias	Frequência	Porcentagem
Com registro	ADPM	109	3,4
	Doença OA Degenerativa	262	8,3
	Alteração ME	378	12,0
	Alteração ME Coluna	651	20,6
	Alteração Neurológica	21	,7
	Amputação	125	4,0
	AVC	440	13,9
	Alteração Respiratória	2	,1
	Convulsão	18	,6
	Deformidade Articular	26	,8
	Deformidade Congênita MI	96	3,0
	Deformidade Congênita Pés	180	5,7
	Encefalopatia	16	,5
	Fratura	119	3,8
	Guillam Barré	7	,2
	Hidrocefalia	36	1,1
	LVM	14	,4
	Microcefalia	17	,5
	Monoparésia	16	,5
	Paraparésia	21	,7
	Outras Patologias	64	2,0
	Paraplégia	5	,2
	PB	11	,3
	PBO	100	3,2
	PC	4	,1
	PCI	210	6,6
	PF	35	1,1
	Polineuropatia	21	,7
	Quadriparésia	6	,2
	S. Down	11	,3
	Sequela de Polio	24	,8
	TB	29	,9
	TCE	9	,3
	Tendinite	17	,5
	Tetraparésia	19	,6
	Tetraplégia	5	,2
	Traumatismo	39	1,2
	Total	3163	100,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

**Tabela Nº39:** Distribuição da população por diagnóstico no segundo consulta

	<b>Patologias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
Com registro	Doença OA Degenerativa	4	5,5
	Alteração ME	4	5,5
	Alteração ME Coluna	15	20,5
	Alteração Neurológica	1	1,4
	Amputação	1	1,4
	AVC	11	15,1
	Deformidade Articular	1	1,4
	Deformidade Congénita MI	2	2,7
	Deformidade Congénita Pés	5	6,8
	Encefalopatia	1	1,4
	Microcefalia	1	1,4
	Monoparésia	1	1,4
	Outras Patologias	2	2,7
	Paraplégia	1	1,4
	PBO	4	5,5
	PCI	9	12,3
	PF	2	2,7
	Polineuropatia	1	1,4
	S. Down	1	1,4
	TB	1	1,4
	TCE	1	1,4
	Tendinite	1	1,4
	Tetraparésia	1	1,4
	Traumatismo	2	2,7
	Total	73	100,0
Total		3178	

**Fonte:** Base de dados do CMFR

**Tabela Nº40:** Distribuição da população por diagnóstico no terceiro consulta

Patologias		Frequência	Porcentagem
Com registro	ADPM	1	5,0
	Doença OA Degenerativa	1	5,0
	Alteração ME	1	5,0
	Alteração ME Coluna	4	20,0
	AVC	4	20,0
	Encefalopatia	1	5,0
	Fratura	2	10,0
	Outras Patologias	1	5,0
	PCI	3	15,0
	Quadriparésia	1	5,0
	TB	1	5,0
	Total	20	100,0
Total		3178	

**Fonte:** Base de dados do CMFR

### ANEXO III – TEMPO DE ESPERA, GÉNERO, CLASSES ETÁRIAS E PROVINCIA

**Tabela 41:** Relação entre tempo de espera e quando prioritário género e idade.

	Género	Número de Utentes	Média	Desvio Padrão
Tempo de Espera quando Prioritário	Feminino	143	23,490	12,1225
	Masculino	107	26,991	14,7127
Tempo de Espera para Tratamento	Feminino	805	24,74	14,120
	Masculino	621	25,05	15,053

**Fonte:** Base de dados do CMFR

**Tabela Nº42:** Análise da variância do tempo de espera quando prioritário e não prioritário

		Teste Levene		T-Test para igualdade de médias						
		Z	Sig.	t	Df	Sig. (2)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% IC	
									Inferior	Superior
Tempo de Espera para Tratamento	Variâncias iguais assumidas	1,456	,228	-,400	1424	,689	-,310	,776	-1,833	1,212
	Variâncias iguais não assumidas			-,396	1289,226	,692	-,310	,783	-1,846	1,225
Tempo de Espera quando Prioritário	Variâncias iguais assumidas	1,923	,167	2,061	248	,040	-3,5011	1,6990	-6,8474	-,1549
	Variâncias iguais não assumidas			-2,005	202,114	,046	-3,5011	1,7466	-6,9451	-,0572

**Fonte:** SPSS versão 22

**Tabela Nº43:** Análise relação entre do tempo de espera quando prioritário e não prioritário e classes etárias

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Erro	95% Intervalo de confiança		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Tempo de Espera para Tratamento	< 2 anos	245	26,61	14,036	,897	24,85	28,38	0	97
	2-4	61	27,25	14,508	1,858	23,53	30,96	4	75
	5-9	77	27,75	12,843	1,464	24,84	30,67	1	89
	10-14	33	25,36	16,519	2,876	19,51	31,22	3	76
	15-24	91	21,10	14,844	1,556	18,01	24,19	1	75
	25-34	129	22,43	13,694	1,206	20,05	24,82	0	68
	35-44	134	23,24	15,253	1,318	20,63	25,85	3	77
	45-54	232	22,70	14,673	,963	20,80	24,60	0	117
	55-64	265	25,87	14,431	,887	24,12	27,61	0	78
	>=65 anos	159	26,86	14,500	1,150	24,59	29,13	1	99
	Total	1426	<b>24,88</b>	<b>14,529</b>	,385	24,12	25,63	0	117
Tempo de Espera quando Prioritário	< 2 anos	48	26,000	9,6536	1,3934	23,197	28,803	10,0	56,0
	2-4	11	35,455	9,8627	2,9737	28,829	42,080	20,0	57,0
	5-9	13	25,615	11,2067	3,1082	18,843	32,388	1,0	41,0
	10-14	7	31,857	19,6081	7,4112	13,723	49,992	4,0	54,0
	15-24	14	27,000	15,9374	4,2594	17,798	36,202	6,0	59,0
	25-34	22	18,136	12,6314	2,6930	12,536	23,737	,0	42,0
	35-44	17	20,824	9,5867	2,3251	15,895	25,753	5,0	40,0
	45-54	35	22,429	12,4624	2,1065	18,148	26,710	3,0	54,0
	55-64	52	28,058	17,0965	2,3709	23,298	32,817	2,0	70,0
	>=65 anos	31	21,871	10,1513	1,8232	18,147	25,595	7,0	49,0
	Total	250	24,988	13,3779	,8461	23,322	26,654	,0	70,0

Fonte: SPSS versão 22

**Tabela Nº44:** Análise da relação entre do tempo de espera quando prioritário e não prioritário e classes etárias - **ANOVA**

ANOVA						
		Soma dos Quadrados	Df	Quadrados Médios	Z	Sig.
Tempo de Espera para Tratamento	Entre Grupos	6140,975	9	682,331	3,279	,001
	Nos Grupos	294677,793	1416	208,106		
	Total	300818,769	1425			
Tempo de Espera quando Prioritário	Entre Grupos	3994,359	9	443,818	2,626	,007
	Nos Grupos	40568,605	240	169,036		
	Total	44562,964	249			

Fonte: SPSS versão 22

**Tabela Nº45:** Análise relação entre do tempo de espera quando prioritário por província

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Erro	95% IC		Mínimo	Máximo
						Limite Inferior	Limite Superior		
Tempo de Espera quando Prioritário	Cabinda	2	19,500	9,1924	6,5000	-63,090	102,090	13,0	26,0
	Zaire	3	22,667	11,1505	6,4377	-5,033	50,366	10,0	31,0
	Uíge	16	21,438	7,5628	1,8907	17,408	25,467	6,0	33,0
	Luanda	150	26,493	13,2213	1,0795	24,360	28,626	1,0	67,0
	Cuanza Norte	11	21,273	11,9841	3,6133	13,222	29,324	4,0	33,0
	Cuanza Sul	7	30,286	17,0364	6,4391	14,530	46,042	12,0	60,0
	Malange	27	21,519	14,5374	2,7977	15,768	27,269	2,0	70,0
	Lunda Norte	0	.	.	.	.	.	.	.
	Benguela	1	28,000	.	.	.	.	28,0	28,0
	Huambo	7	20,857	16,6276	6,2846	5,479	36,235	8,0	56,0
	Bié	1	7,000	.	.	.	.	7,0	7,0
	Moxico	0	.	.	.	.	.	.	.
	Cuando Cubango	0	.	.	.	.	.	.	.
	Namibe	0	.	.	.	.	.	.	.
	Huila	4	26,750	17,0171	8,5086	-,328	53,828	13,0	48,0
	Cunene	0	.	.	.	.	.	.	.
	Lunda Sul	1	41,000	.	.	.	.	41,0	41,0
	Bengo	9	16,667	10,6536	3,5512	8,478	24,856	,0	33,0
	Total	239	24,812	13,2799	,8590	23,119	26,504	,0	70,0

**Fonte:** Base de dados do CMFR

**Tabela Nº46:** Análise relação entre do tempo de espera quando prioritário por província - ANOVA

ANOVA						
		Soma dos Quadrados	Df	Quadrados Médios	Z	Sig.
Tempo de Espera quando Prioritário	Entre Grupos	2627,971	12	218,998	1,258	,245
	Nos grupos	39344,556	226	174,091		
	Total	41972,527	238			

**Fonte:** Base de dados do CMFR

## ANEXO IV – SESSÕES DE TRATAMENTO, GÉNERO, CLASSES ETÁRIAS E PROVINCIAS

**Tabela Nº47:** Análise da variação entre sessões prescritas, realizadas e rácio

	Género	Número de Utentes	Média	Desvio Padrão
Nº de Sessões Prescritas	Feminino	1036	15,27	4,668
	Masculino	839	15,11	4,555
Nº Sessões Realizadas	Feminino	1014	12,35	6,115
	Masculino	830	11,69	5,981
Rácio SesR.SesP	Feminino	1014	,8051	,30927
	Masculino	830	,7761	,33257

**Fonte:** Base de dados do CMFR

**Tabela Nº48:** Análise da relação entre número de sessões e género

		Teste Levene		T-Test para igualdade de médias						
		Z	Sig.	t	Df	Sig. (2)	Diferença média	Erro padrão	95% IC	
									Inferior	Superior
Nº de Sessões Prescritas	Variâncias iguais assumidas	2,166	,141	,737	1873	,461	,158	,214	-,262	,579
	Variâncias iguais não assumidas			,739	1809,644	,460	,158	,214	-,261	,578
Nº Sessões Realizadas	Variâncias iguais assumidas	,162	,688	2,341	1842	,019	,664	,283	,108	1,219
	Variâncias iguais não assumidas			2,347	1785,053	,019	,664	,283	,109	1,218
Rácio SesR.SesP	Variâncias iguais assumidas	7,520	,006	1,933	1842	,053	,02894	,01498	-,00043	,05832
	Variâncias iguais não assumidas			1,919	1714,833	,055	,02894	,01509	-,00064	,05853

**Fonte:** SPSS versão 22

**Tabela Nº49:** Análise da relação do número de sessões e classes etárias

		N	Média	Desvio	Erro	95% IC		Mínimo	Máximo
				Padrão	padrão	Inferior	Superior		
Nº de Sessões Prescritas	< 2 anos	329	15,52	5,109	,282	14,96	16,07	10	45
	2-4	82	14,94	3,379	,373	14,20	15,68	10	30
	5-9	108	14,91	4,784	,460	13,99	15,82	10	45
	10-14	40	15,25	4,229	,669	13,90	16,60	10	30
	15-24	116	15,17	5,019	,466	14,25	16,10	10	45
	25-34	174	14,83	4,397	,333	14,17	15,49	10	45
	35-44	173	15,49	4,596	,349	14,80	16,18	10	45
	45-54	306	14,80	3,793	,217	14,38	15,23	10	30
	55-64	348	15,34	5,303	,284	14,79	15,90	10	45
	>=65 anos	199	15,33	3,991	,283	14,77	15,88	10	30
	Total	1875	15,19	4,617	,107	14,99	15,40	10	45
Nº de Sessões Realizadas	< 2 anos	323	12,21	6,137	,341	11,54	12,88	0	40
	2-4	82	10,80	6,271	,692	9,43	12,18	0	30
	5-9	105	11,59	6,932	,676	10,25	12,93	0	42
	10-14	40	11,75	6,016	,951	9,83	13,67	0	25
	15-24	115	11,39	6,436	,600	10,20	12,58	0	40
	25-34	172	11,24	5,734	,437	10,38	12,11	0	35
	35-44	168	<b>13,00</b>	6,202	,479	12,06	13,94	0	45
	45-54	299	12,29	5,010	,290	11,72	12,86	0	30
	55-64	347	12,35	6,348	,341	11,68	13,02	0	45
	>=65 anos	193	11,99	6,164	,444	11,12	12,87	0	30
	Total	1844	12,05	6,062	,141	11,77	12,33	0	45
RáciosSR.SP	< 2 anos	323	,7887	,32050	,01783	,7536	,8237	,00	1,40
	2-4	82	,7237	,36331	,04012	,6439	,8036	,00	1,10
	5-9	105	,7673	,36646	,03576	,6964	,8382	,00	1,20
	10-14	40	,7817	,35948	,05684	,6667	,8966	,00	1,00
	15-24	115	,7485	,34411	,03209	,6849	,8121	,00	1,00
	25-34	172	,7644	,32148	,02451	,7161	,8128	,00	1,00
	35-44	168	<b>,8277</b>	,29825	,02301	,7823	,8731	,00	1,30
	45-54	299	<b>,8352</b>	,27895	,01613	,8035	,8670	,00	1,30
	55-64	347	<b>,8031</b>	,31390	,01685	,7700	,8362	,00	1,40
	>=65 anos	193	,7751	,33239	,02393	,7279	,8223	,00	1,30
	Total	1844	,7920	,32020	,00746	,7774	,8067	,00	1,40

Fonte: SPSS versão 22



**Tabela Nº50:** Análise da relação entre o número de sessões e classes etárias - ANOVA

NOVA						
		Soma dos Quadrados	df	Quadrados Médios	Z	Sig.
Nº de Sessões Prescritas	Entre grupos	145,278	9	16,142	,756	,657
	Nos grupos	39808,668	1865	21,345		
	Total	39953,947	1874			
Nº Sessões Realizadas	Entre grupos	524,062	9	58,229	1,589	,113
	Nos grupos	67204,248	1834	36,644		
	Total	67728,310	1843			
Rácio SR.SP	Entre grupos	1,672	9	,186	1,820	,060
	Nos grupos	187,292	1834	,102		
	Total	188,965	1843			

Fonte: SPSS versão 22

**Tabela Nº51:** Análise da relação entre o número de sessões e províncias

		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão	95% IC		Mínimo	Máximo
						Limite Inferior	Limite Superior		
Nº de Sessões Prescritas	Cabinda	10	14,50	1,581	,500	13,37	15,63	10	15
	Zaire	31	15,32	4,269	,767	13,76	16,89	10	30
	Uíge	90	14,94	3,223	,340	14,27	15,62	10	30
	Luanda	857	15,27	4,722	,161	14,95	15,58	10	45
	Cuanza Norte	76	15,13	5,031	,577	13,98	16,28	10	45
	Cuanza Sul	65	14,77	4,186	,519	13,73	15,81	10	30
	Malange	141	16,10	6,155	,518	15,07	17,12	10	45
	Lunda Norte	9	17,22	10,639	3,546	9,04	25,40	10	45
	Benguela	18	15,56	3,792	,894	13,67	17,44	10	30
	Huambo	43	15,70	5,730	,874	13,93	17,46	10	45
	Bié	11	15,00	2,236	,674	13,50	16,50	10	20
	Moxico	9	13,89	2,205	,735	12,19	15,58	10	15
	Cuando Cubango	2	30,00	21,213	15,000	-160,59	220,59	15	45
	Namibe	4	12,50	2,887	1,443	7,91	17,09	10	15
	Huila	18	16,39	7,823	1,844	12,50	20,28	10	45
	Cunene	4	15,00	,000	,000	15,00	15,00	15	15
	Lunda Sul	5	15,00	,000	,000	15,00	15,00	15	15
	Bengo	41	15,37	3,039	,475	14,41	16,33	10	30
	Total	1434	15,34	4,877	,129	15,09	15,59	10	45
Nº de Sessões Realizadas	Cabinda	10	11,30	5,056	1,599	7,68	14,92	0	15
	Zaire	31	12,13	6,893	1,238	9,60	14,66	0	30
	Uíge	87	12,00	5,049	,541	10,92	13,08	0	29

	Luanda	845	11,89	6,254	,215	11,47	12,32	0	42
	Cuanza Norte	75	12,76	5,214	,602	11,56	13,96	0	30
	Cuanza Sul	65	12,14	5,500	,682	10,78	13,50	0	30
	Malange	139	12,88	7,016	,595	11,70	14,05	0	38
	Lunda Norte	9	12,44	7,108	2,369	6,98	17,91	0	26
	Benguela	18	13,56	4,514	1,064	11,31	15,80	5	26
	Huambo	43	12,70	7,830	1,194	10,29	15,11	0	45
	Bié	10	13,50	3,689	1,167	10,86	16,14	6	20
	Moxico	9	10,44	5,199	1,733	6,45	14,44	1	16
	Cuando Cubango	2	20,50	7,778	5,500	-49,38	90,38	15	26
	Namibe	4	10,00	4,082	2,041	3,50	16,50	5	15
	Huila	18	13,78	8,809	2,076	9,40	18,16	5	45
	Cunene	4	12,50	5,000	2,500	4,54	20,46	5	15
	Lunda Sul	5	13,40	3,050	1,364	9,61	17,19	8	15
	Bengo	41	12,68	5,193	,811	11,04	14,32	0	25
	Total	1415	12,17	6,201	,165	11,84	12,49	0	45
RácioSR.SP	Cabinda	10	,7867	,34398	,10878	,5406	1,0327	,00	1,00
	Zaire	31	,7710	,34520	,06200	,6443	,8976	,00	1,00
	Uíge	87	,8098	,30076	,03225	,7457	,8739	,00	1,30
	Luanda	845	,7757	,32898	,01132	,7535	,7979	,00	1,30
	Cuanza Norte	75	,8502	,26624	,03074	,7890	,9115	,00	1,00
	Cuanza Sul	65	,8290	,28830	,03576	,7576	,9005	,00	1,30
	Malange	139	,7961	,32119	,02724	,7423	,8500	,00	1,40
	Lunda Norte	9	,7642	,34219	,11406	,5012	1,0272	,00	1,10
	Benguela	18	,8741	,21559	,05081	,7669	,9813	,33	1,00
	Huambo	43	,7884	,31387	,04786	,6918	,8850	,00	1,00
	Bié	10	,9000	,18922	,05984	,7646	1,0354	,40	1,00
	Moxico	9	,7148	,32020	,10673	,4687	,9609	,10	1,07
	Cuando Cubango	2	,7889	,29856	,21111	-1,8935	3,4713	,58	1,00
	Namibe	4	,8333	,33333	,16667	,3029	1,3637	,33	1,00
	Huila	18	,8215	,23463	,05530	,7048	,9382	,33	1,00
	Cunene	4	,8333	,33333	,16667	,3029	1,3637	,33	1,00
	Lunda Sul	5	,8933	,20331	,09092	,6409	1,1458	,53	1,00
	Bengo	41	,8285	,30944	,04833	,7308	,9261	,00	1,07
	Total	1415	,7911	,31723	,00843	,7746	,8076	,00	1,40

Fonte: SPSS versão 22

**Tabela Nº52:** Teste de homogeneidade entre o número de sessões e provinciais

	<b>Estatística Levene</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>Sig.</b>
Nº de Sessões Prescritas	3,538	17	1416	,000
Nº Sessões Realizadas	1,014	17	1397	,439
Rácio SR.SP	1,600	17	1397	,057

**Fonte:** SPSS versão 22**Tabela Nº53:** Análise da relação entre o número de sessões e provinciais - ANOVA

<b>ANOVA</b>						
		<b>Soma dos Quadrados</b>	<b>df</b>	<b>Média dos Quadrados</b>	<b>Z</b>	<b>Sig.</b>
Nº de Sessões Prescritas	Entre Grupos	672,716	17	39,572	1,677	,041
	Nos Grupos	33409,851	1416	23,595		
	Total	34082,566	1433			
Nº Sessões Realizadas	Entre Grupos	485,138	17	28,538	,740	,763
	Nos grupos	53879,501	1397	38,568		
	Total	54364,639	1414			
RácioSR.SP	Entre grupos	1,045	17	,061	,608	,888
	Nos Grupos	141,256	1397	,101		
	Total	142,301	1414			

**Fonte:** Base de dados do CMFR

## ANEXO V – TEMPO DE TRATAMENTO, GÊNERO, CLASSES ETÁRIAS, PROVINCIAS E DIAGNÓSTICOS

**Tabela 54:** Relação entre tempo de espera para tratamento e gênero

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão
Tempo de Tratamento Observado	Feminino	554	38,551	16,3285
	Masculino	474	37,641	17,7108
Tempo de Tratamento Esperado	Feminino	1034	37,94	13,854
	Masculino	838	37,44	13,529
Rácio TTO/TTE	Feminino	552	1,0853	,54984
	Masculino	471	1,1010	,61738

**Fonte:** Base de dados do CMFR

**Tabela Nº55:** Relação entre tempo de espera para tratamento e gênero

		Teste Levene		T-Test para igualdade de médias						
		Z	Sig.	t	Df	Sig. (2)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% IC	
									inferior	superior
TTO	Variâncias iguais assumidas	,097	,755	,856	1026	,392	,9092	1,0624	-1,1755	2,9939
	Variâncias iguais não assumidas			,850	971,609	,395	,9092	1,0691	-1,1889	3,0072
TTE	Variâncias iguais assumidas	1,265	,261	,779	1870	,436	,496	,637	-,754	1,746
	Variâncias iguais não assumidas			,781	1806,806	,435	,496	,636	-,751	1,743
Rácio TTO/TTE	Variâncias iguais assumidas	2,421	,120	-,431	1021	,667	-,01573	,03650	-,08735	,05590
	Variâncias iguais não assumidas			-,427	950,205	,670	-,01573	,03684	-,08802	,05656

**Fonte:** SPSS versão 20

**Tabela Nº56:** Relação entre tempo de espera para tratamento e classes etárias

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Erro	95% Intervalo de confiança		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
TTO	< 2 anos	201	39,448	14,9365	1,0535	37,370	41,525	2,0	95,0
	2-4	52	40,192	19,2517	2,6697	34,833	45,552	,0	91,0
	5-9	72	45,417	17,5866	2,0726	41,284	49,549	3,0	77,0
	10-14	22	44,091	30,2465	6,4486	30,680	57,501	14,0	149,0
	15-24	60	29,633	16,2845	2,1023	25,427	33,840	1,0	77,0
	25-34	76	36,947	20,6106	2,3642	32,238	41,657	1,0	130,0
	35-44	88	37,670	16,4077	1,7491	34,194	41,147	7,0	101,0
	45-54	153	36,667	13,9995	1,1318	34,431	38,903	,0	75,0
	55-64	191	37,843	16,6233	1,2028	35,470	40,216	1,0	135,0

	>=65 anos	113	37,177	15,8194	1,4882	34,228	40,126	,0	81,0
	Total	1028	<b>38,131</b>	<b>16,9775</b>	,5295	37,092	39,170	,0	149,0
TTE	< 2 anos	329	38,21	15,250	,841	36,55	39,86	14	126
	2-4	82	37,15	11,353	1,254	34,65	39,64	21	80
	5-9	107	37,64	13,830	1,337	34,99	40,30	21	105
	10-14	40	37,83	10,758	1,701	34,38	41,27	24	70
	15-24	116	37,16	13,250	1,230	34,72	39,59	14	94
	25-34	174	37,05	14,416	1,093	34,89	39,21	14	126
	35-44	173	38,87	13,231	1,006	36,88	40,85	21	112
	45-54	304	37,45	12,921	,741	35,99	38,91	21	112
	55-64	348	37,97	14,517	,778	36,44	39,50	14	126
	>=65 anos	199	37,04	12,207	,865	35,33	38,74	21	91
	Total	1872	<b>37,72</b>	<b>13,708</b>	,317	37,10	38,34	14	126
Ráci o TTO/ TTE	< 2 anos	200	1,1319	,55721	,03940	1,0542	1,2096	,05	3,57
	2-4	52	1,1213	,55270	,07665	,9674	1,2751	,00	2,54
	5-9	71	1,3447	,66791	,07927	1,1866	1,5027	,09	3,33
	10-14	22	1,1892	,93515	,19938	,7746	1,6038	,23	4,26
	15-24	60	,8736	,59480	,07679	,7199	1,0272	,04	3,71
	25-34	75	1,1060	,76302	,08811	,9305	1,2816	,03	3,71
	35-44	86	1,0482	,53436	,05762	,9337	1,1628	,17	3,33
	45-54	153	1,0612	,49839	,04029	,9816	1,1408	,00	3,08
	55-64	191	1,0730	,53020	,03836	,9973	1,1487	,05	3,03
	>=65 anos	113	1,0486	,52493	,04938	,9508	1,1465	,00	2,67
	Total	1023	<b>1,0925</b>	<b>,58167</b>	,01819	1,0568	1,1282	,00	4,26

Fonte: SPSS versão 20

**Tabela Nº57:** Relação entre tempo de espera para tratamento e classes etárias - ANOVA

ANOVA						
		Soma dos Quadrados	Df	Média dos Quadrados	Z	Sig.
Tempo de Tratamento Observado	Entre grupos	10077,261	9	1119,696	3,986	,000
	Nos grupos	285942,011	1018	280,886		
	Total	296019,271	1027			
Tempo de Tratamento Esperado	Entre grupos	586,144	9	65,127	,346	,960
	Nos grupos	350976,933	1862	188,495		
	Total	351563,077	1871			
Rácio TTO/TTE	Entre grupos	8,571	9	,952	2,861	,002
	Nos grupos	337,213	1013	,333		
	Total	345,784	1022			

Fonte: SPSS versão 20

**Tabela Nº58:** Relação entre tempo de espera para tratamento e diagnóstico principal

<b>Tempo de Tratamento Observado</b>								
	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrao</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>95% IC</b>		<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
					Limite Inferior	Limite Superior		
ADPM	49	44,020	11,1961	1,5994	40,804	47,236	17,0	70,0
Doença OA Degenerativa	82	36,341	15,8669	1,7522	32,855	39,828	1,0	101,0
Alteração ME	69	33,319	18,0428	2,1721	28,984	37,653	,0	130,0
Alteração ME Coluna	219	36,817	17,1943	1,1619	34,527	39,107	,0	149,0
Alteração Neurológica	6	41,333	24,3447	9,9387	15,785	66,882	10,0	68,0
Amputação	16	31,438	18,1841	4,5460	21,748	41,127	11,0	79,0
AVC	156	38,974	16,3277	1,3073	36,392	41,557	1,0	135,0
Deformidade Articular	10	28,000	11,1056	3,5119	20,056	35,944	7,0	45,0
Deformidade Congênita MI	21	38,857	19,1475	4,1783	30,141	47,573	9,0	91,0
Deformidade Congênita Pés	28	38,107	15,0587	2,8458	32,268	43,946	,0	63,0
Encefalopatia	2	30,000	7,0711	5,0000	-33,531	93,531	25,0	35,0
Fratura	43	33,512	14,4129	2,1979	29,076	37,947	4,0	78,0
Guillam Barré	1	42,000	.	.	.	.	42,0	42,0
Hidrocefalia	13	39,385	20,6782	5,7351	26,889	51,880	9,0	77,0
LVM	7	39,143	12,9670	4,9011	27,150	51,135	18,0	52,0
Microcefalia	6	43,500	7,9687	3,2532	35,137	51,863	37,0	59,0
Monoparésia	6	31,833	15,1976	6,2044	15,884	47,782	2,0	43,0
Paraparésia	8	33,500	26,2352	9,2755	11,567	55,433	3,0	70,0
Outras Patologias	8	40,375	10,8488	3,8356	31,305	49,445	19,0	53,0
Paraplégia	1	46,000	.	.	.	.	46,0	46,0
PB	5	30,400	12,6016	5,6356	14,753	46,047	9,0	42,0
PBO	37	37,865	10,4194	1,7129	34,391	41,339	14,0	61,0
PC	2	40,500	7,7782	5,5000	-29,384	110,384	35,0	46,0
PCI	83	42,265	19,3189	2,1205	38,047	46,483	2,0	77,0
PF	8	34,000	10,9414	3,8684	24,853	43,147	20,0	52,0
Polineuropatia	8	37,875	17,4228	6,1599	23,309	52,441	12,0	70,0
S. Down	5	35,200	3,2711	1,4629	31,138	39,262	30,0	38,0
Sequela de Polio	2	37,500	38,8909	27,5000	-311,921	386,921	10,0	65,0
TB	6	33,333	10,9118	4,4547	21,882	44,785	21,0	52,0
TCE	3	36,000	20,2237	11,6762	-14,239	86,239	21,0	59,0
Tendinite	3	22,000	19,5192	11,2694	-26,488	70,488	3,0	42,0
Tetraparésia	7	42,286	7,9522	3,0057	34,931	49,640	31,0	57,0
Tetraplégia	2	39,500	13,4350	9,5000	-81,209	160,209	30,0	49,0
Traumatismo	14	30,929	16,1172	4,3075	21,623	40,234	2,0	56,0

Total	936	37,458	16,5335	,5404	36,398	38,519	,0	149,0
-------	-----	--------	---------	-------	--------	--------	----	-------

**Fonte:** SPSS versão 20

**Tabela Nº59:** Relação entre tempo de espera para tratamento e diagnóstico principal - ANOVA

ANOVA					
Tempo de Tratamento Observado					
	Soma dos Quadrados	df	Média dos Quadrados	Z	Sig.
Entre grupos	10913,413	33	330,709	1,219	,186
Nos grupos	244674,962	902	271,258		
Total	255588,375	935			

**Fonte:** SPSS versão 20

## ANEXO VI – ANÁLISE DE CORRELAÇÃO

**Tabela Nº60** Teste de Qui-Quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	128,017 <sup>a</sup>	1	,000		
Correção de continuidade <sup>d</sup>	126,551	1	,000		
Razão de verossimilhança	130,455	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
Associação Linear por Linear	127,891	1	,000		
N de casos válidos	1014				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 176,97

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Fonte:** SPSS versão 22

**Tabela Nº61:** Casos incluídos na análise

Resumo de casos processados			
Casos		Número	Porcentagem
Casos selecionados	Incluídos na análise	91	2,9
	Omissos	936	29,5
	Total	1027	32,3
Casos não selecionados		2151	67,7
Total		3178	100

**Fonte:** SPSS versão 22



**Tabela Nº62:** Variáveis incluídas no modelo

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Fase 1ª	Gênero(1)	-0,143	0,752	0,036	1	0,849	0,866	0,198	3,782
	Grupos de Idade	1,228	9	0,999					
	Grupos de Idade (1)	1,367	1,595	0,734	1	0,391	3,922	0,172	89,291
	Grupos de Idade (2)	-18,347	19865,48	0	1	0,999	0	0	.
	Grupos de Idade (3)	-18,728	13947,59	0	1	0,999	0	0	.
	Grupos de Idade (4)	-18,187	23066,27	0	1	0,999	0	0	.
	Grupos de Idade (5)	-16,814	21432,8	0	1	0,999	0	0	.
	Grupos de Idade (6)	-20,169	18022,99	0	1	0,999	0	0	.
	Grupos de Idade (7)	0,118	1,623	0,005	1	0,942	1,126	0,047	27,118
	Grupos de Idade (8)	0,193	1,413	0,019	1	0,892	1,212	0,076	19,32
	Grupos de Idade (9)	0,891	1,51	0,348	1	0,555	2,439	0,126	47,045
	DG	0,002	0,002	0,759	1	0,383	1,002	0,998	1,006
	Nº Consultas Reabilitação	75,247	28403,67	0	1	0,998	4,78E+32	0	.
	Tempo de espera Prioritário	3,829	1497,212	0	1	0,998	46,021	0	.
	Tempo de Espera	-3,869	1497,212	0	1	0,998	0,021	0	.
	Turno (2)	0,716	2	0,699					
	Turno manhã	0,772	0,912	0,716	1	0,397	2,164	0,362	12,933
	Turno tarde	36,902	33808,88	0	1	0,999	1,06E+16	0	.
	Constante	-77,4	28403,67	0	1	0,998	0		

**Fonte:** SPSS versão 22